

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMPENSATION

INSTRUCTIONS / INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES DEPOSANTS

1. Définitions : pour connaître la signification des termes utilisés dans ce Formulaire, comme « Déposant », « Vaccin », « Economies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché » ; « Professionnel de santé agréé », « Patient », etc., veuillez consulter les Définitions du Programme, disponibles à www.covaxclaims.com.
2. Quand utiliser ce Formulaire : Vous devez utiliser ce Formulaire pour déposer une Demande de compensation dans le cadre du Programme. Vous (en tant que Déposant) pouvez déposer une Demande de compensation si vous (ou la personne que vous représentez) avez subi un [Dommage](#) à la suite de l'administration d'un [Vaccin](#) dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché COVAX. Pour connaître les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX, veuillez-vous référer à la liste figurant à la question 5 des Questions fréquemment posées du Programme (disponibles à www.covaxclaims.com). Avant de compléter ce Formulaire, nous suggérons que vous consultiez le Protocole du Programme, les Questions fréquemment posées et les instructions relatives aux modalités de dépôt de la Demande, disponibles à www.covaxclaims.com. Si vous avez des questions, vous pouvez contacter : (i) le centre régional pertinent du Programme par courrier électronique, téléphone ou courrier postal (voir l'Annexe 1 de ce Formulaire de Demande) ; ou (ii) l'Administrateur du Programme par courriel à covaxclaims@esis.com. Nous recommandons également que vous consultiez et remplissiez la Liste de contrôle du Programme pour les Déposants avant de soumettre votre Demande.
3. Pièces justificatives : Vous devez soumettre ce Formulaire avec : (i) le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ([Annexe 3](#) du Protocole relatif au Programme) ; et (ii) les autres documents requis mentionnés à la Section 8 de ce Formulaire de Demande.
4. Délai d'attente : Veuillez noter que, sauf si la personne que vous représentez est décédée, vous devez attendre 30 jours après l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage avant de compléter ce Formulaire et demander à un [Professionnel de santé agréé](#) de compléter le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ([Annexe 3](#) du Protocole).
5. Langues admises : Le présent Formulaire de Demande doit être complété en anglais, français ou espagnol uniquement, et pas dans une autre langue. Les documents mentionnés à la [Section 8](#) du présent Formulaire peuvent toutefois être soumis dans une autre langue, s'ils ne sont pas disponibles en anglais, en français ou en espagnol.
6. Exhaustivité : Veuillez compléter le présent Formulaire de la manière la plus complète que possible et en fournissant le plus d'informations possible. Veuillez également inscrire votre nom complet, signer et dater dans les espaces prévus à la [Section 14](#) du présent Formulaire.
7. Date limite de dépôt : Veuillez noter qu'il existe une date limite pour la soumission de vos documents composant votre Demande (c'est-à-dire le Formulaire de Demande ([Annexe 2](#)) et le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ([Annexe 3](#)) dûment complétés, ainsi que les autres documents requis). Les documents relatifs à votre Demande doivent être soumis pendant la Période de référence qui s'applique à vous (ou à la personne que vous représentez). Si vous avez besoin d'aide pour déterminer la Période de référence au

ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

cours de laquelle vous devez soumettre les documents composant votre Demande, veuillez contacter le centre régional compétent du Programme par courriel, par téléphone ou par courrier, ou l'Administrateur du Programme par courriel à l'adresse covaxclaims@esis.com. Si vous soumettez votre Demande après la fin de la Période de référence, elle risque de ne pas être acceptée. Veuillez également noter que la procédure de dépôt des demandes du Programme prendra fin le 30 juin 2027. Aucune Demande ne peut être soumise après cette date.

8. Modalités de dépôt des documents composant votre Demande : Vous pouvez soumettre les documents composant votre Demande par l'un des moyens suivants :

- En téléversant ces documents sur le portail web du Programme à l'adresse www.covaxclaims.com ;
- En envoyant ces documents par courrier électronique à covaxclaims@esis.com ; ou
- En envoyant ces documents par courrier postal aux centres régionaux compétents du Programme. Les adresses de ces centres régionaux sont indiquées à l'Annexe 1 (Coordonnées des centres régionaux) jointe au présent Formulaire de Demande et sont également disponibles sur le portail web du Programme à l'adresse www.covaxclaims.com.

[Suite du Formulaire de Demande à la page suivante]

ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

1. Renseignements concernant le Patient : Veuillez fournir les renseignements suivants concernant le **Patient**

Si vous déposez la présente Demande pour vous-même, vous êtes considéré comme le Patient et n'avez pas à remplir la Section 2 ci-dessous.

Nom complet du Patient, y compris les éventuels seconds prénoms	
Adresse postale (y compris la ville, le code postal et le pays)	
Pays de citoyenneté	
Pays de résidence	
Pays où le Vaccin a été administré	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Sexe	
Numéro d'assurance nationale (ou autre numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification similaire), s'il y a lieu	
Téléphone du domicile, s'il y a lieu	
Téléphone portable, s'il y a lieu	
Adresse de courriel, s'il y a lieu	

2. Coordonnées de la personne ayant le pouvoir légal de déposer la présente Demande au nom du Patient

Si le Patient : a) est décédé ; ou b) est handicapé au point qu'il ne peut pas déposer lui-même une Demande ; ou c) est un enfant (mineur) ; ou d) n'a pas la capacité juridique, pour quelque motif que ce soit, de déposer lui-même une Demande, celle-ci doit être déposée par la personne ayant le pouvoir légal de le représenter.

ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Dans tous les cas susmentionnés, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées de la personne ayant le pouvoir légal de déposer la présente Demande au nom du Patient, ainsi que les détails de la relation liant cette personne avec le Patient.

Nom complet, y compris les éventuels seconds prénoms, de la personne qui dépose la Demande au nom du Patient	
Adresse postale (y compris la ville, le code postal et le pays)	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Numéro d'assurance nationale (ou autre numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification similaire), s'il y a lieu	
Téléphone du domicile, s'il y a lieu	
Téléphone portable, s'il y a lieu	
Adresse de courriel, s'il y a lieu	
Lien avec le Patient (Par exemple : Êtes-vous le parent ou le représentant légal du Patient qui est un enfant (mineur) ? Ou le Patient est-il décédé et êtes-vous le représentant dûment autorisé et légalement reconnu de tous les héritiers légaux du Patient ?)	

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

3. Confirmations par le Déposant

Le **Déposant** (autrement dit, le Patient qui dépose directement la présente Demande pour lui-même, ou la personne qui dépose la Demande pour le Patient) est prié de répondre à toutes les questions qui suivent et de donner, le cas échéant, toutes les précisions nécessaires :

A. Avez-vous attendu au moins 30 jours après l'administration de la dose du Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage, avant de déposer la présente Demande et de demander à un ou des Professionnel(s) de santé agréé(s) de compléter le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ?

NOTE : La période d'attente de 30 jours mentionnée ci-dessus ne s'applique pas si le Patient est décédé à la suite de l'administration d'un Vaccin.

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si « non », veuillez préciser :

B. Avez-vous, ou une autre personne a-t-elle, déjà déposé une Demande de compensation dans le cadre du Programme pour le Dommage décrit dans la présente Demande ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si « oui », veuillez préciser :

C. Un versement a-t-il déjà été reçu d'une autre source, à titre de compensation pour le Dommage décrit dans la présente Demande ? Il peut s'agir, par exemple, d'une décision de justice, d'une sentence arbitrale, ou d'une transaction amiable, etc.

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si « oui », veuillez indiquer le montant et (dans la mesure du possible) les détails de tous ces paiements antérieurs :

ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

D. Le Déposant/Patient remplit-il les conditions pour recevoir un versement d'un autre (d'autres) programme(s) de compensation pour le Dommage décrit dans la présente Demande ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si « oui », veuillez fournir (dans la mesure du possible), des informations détaillées sur tous ces autres programmes de compensation :

E. Le Déposant/Patient a-t-il déjà déposé une demande de compensation pour le Dommage auprès d'un ou plusieurs autres programmes de compensation ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si « oui », veuillez fournir les éléments suivants :

1. Une copie de la (des) décision(s) finale(s) de(s) autre(s) programme(s) de compensation ; et
2. Si une compensation a été accordée par l'autre (les autres) programme(s) de compensation, veuillez alors fournir : (a) le(s) montant(s) de la compensation accordée, (b) une description de la nature de la compensation (par exemple : le montant a-t-il été versé en tant que compensation forfaitaire pour le Dommage, et/ou en tant que compensation pour perte de gain, et/ou en tant que compensation pour frais médicaux, etc.), et (c) une indication de la manière dont le montant de la compensation a été ou sera versé (par exemple, le montant de la compensation a-t-il été ou sera-t-il versé en une seule fois ou de manière échelonnée ?) Si vous n'êtes pas en mesure de fournir toutes ces informations, veuillez indiquer le nom et les coordonnées de l'autre (des autres) programme(s) de compensation en question.

F. Des procédures judiciaires ou des demandes de compensation ont-elles été engagées ou déposées pour le Dommage décrit dans la présente Demande (y compris toute demande déposée pour le Dommage dans le cadre d'un autre programme de compensation) ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si « oui », veuillez fournir des informations détaillées sur les procédures judiciaires ou les demandes en cours (y compris toute demande déposée dans le cadre de tout autre programme de compensation) :

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

--

4. Informations concernant le Vaccin administré au Patient

Le Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, la mère du Patient) a-t-il reçu l'un des Vaccins figurant à l'Annexe 1 du Protocole ? ¹	
Quel est le nom du Vaccin ?	
Si le Vaccin est un vaccin à deux doses, le patient a-t-il reçu les deux doses du Vaccin ?	
Le Patient a-t-il reçu une ou plusieurs dose(s) additionnelle(s) et/ou dose(s) de rappel en plus de la (des) dose(s) initiale(s) du Vaccin ?	
Numéro(s) de lot de chaque dose(s) du Vaccin (à savoir : première dose, deuxième dose, dose(s) additionnelles et/ou de rappel, selon le cas) administrée au Patient ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Ce(s) numéro(s) de lot(s) sont fournis par le(s) vaccinateur(s) (personne ou organisation) qui a (ont) administré au	

¹ Veuillez consulter la liste des Vaccins figurant à l'Annexe 1 du Protocole disponible sur le site web du Programme à l'adresse : www.covaxclaims.com

ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Patient la (les) dose(s) du Vaccin en question ²	
Si connu(s), nom(s) du(des) vaccinateur(s) (personne ou organisation) qui a administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient	
Endroit(s) (par exemple, établissement de santé) où la (les) dose(s) de Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Si le Vaccin a été administré dans une unité de vaccination mobile, veuillez indiquer "unité de vaccination mobile à" [indiquer le nom de la ville ou du village].	
Date(s) (jour/mois/année) à laquelle la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient (veuillez préciser la date à laquelle chaque dose du Vaccin a été administrée)	

² **REMARQUE** : Le(s) numéro(s) de lot de la (des) dose(s) du Vaccin administrée(s) au Patient, ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient, est une information essentielle afin de vérifier si la (les) dose(s) du Vaccin est (sont) couverte(s) par le Programme. Par conséquent, cette information **doit** être fournie. En règle générale, vous trouvez cette information sur la carte de vaccination, ou sur tout autre document papier ou électronique que le Patient a pu recevoir lorsque la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s). Si vous ne connaissez pas le(s) numéro(s) de lot ou de lot(s) de fabrication de la (des) dose(s) du Vaccin, veuillez contacter le centre de vaccination ou le(s) vaccinateur(s) (personne(s) ou établissement/organisation) qui a (ont) administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient, afin d'obtenir cette information.

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

5. Informations concernant les autres médicaments/vaccins administrés, dans la mesure où ils sont connus :

a) Veuillez énumérer tous les médicaments pris par le Patient et/ou tout autre vaccin (non COVID-19) qui lui ont été administrés après l'administration de la (des) dose(s) du Vaccin au Patient (Veuillez donner cette information séparément pour chaque dose du Vaccin administrée) :

b) Veuillez énumérer tous les médicaments pris par le Patient et/ou tous les autres vaccins (non COVID-19) qui lui ont été administrés au cours des six semaines précédant l'administration de chaque dose de Vaccin (Veuillez fournir ces informations séparément pour chaque dose de vaccin administrée) :

c) En cas de malformations congénitales, veuillez énumérer les médicaments pris par la mère du Patient et/ou tous les autres vaccins (non COVID-19) qui lui ont été administrés pendant la grossesse :

d) En cas de malformations congénitales, veuillez indiquer tous les médicaments pris par la mère du Patient et/ou tous les autres vaccins (non COVID-19) qui lui ont été administrés 6 semaines avant le début de la grossesse :

6. Informations concernant les traitements médicamenteux de longue durée prescrits antérieurement, dans la mesure où ils sont connus.

Veuillez énumérer tous les médicaments non décrits ci-dessus qui ont été pris par le Patient (ou en cas de malformations congénitales, par la mère du Patient) pendant une période consécutive de plus de 3 semaines, au cours des 24 mois précédant l'administration de chaque dose du Vaccin au Patient, ou en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient (veuillez donner cette information séparément pour chaque dose du Vaccin administrée) :

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

7. Décrivez ce qui s'est passé après que la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Veuillez être aussi précis et complet que possible.

Dans l'espace prévu ci-dessous, veuillez décrire dans vos propres mots ce qui s'est passé après que la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient ou, ou en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Veuillez :

- i) décrire la nature de la lésion ou de la pathologie dont a souffert le Patient
- ii) indiquer ou les dates auxquelles les premiers symptômes sont apparus
- iii) décrire la nature des symptômes du Dommage
- iv) indiquer ce qui, selon vous, a provoqué la lésion ou la pathologie dont a souffert le Patient
- v) indiquer si le Patient a déjà souffert d'une lésion ou d'une pathologie similaire par le passé (ou dans le cas de malformations congénitales, si la mère du Patient a eu un autre enfant à naître ou nouveau-né souffrant d'une lésion ou d'une maladie congénitale à la naissance) et, si oui, veuillez fournir des indications complémentaires, y compris les dates
- vi) indiquer si vous connaissez un membre de la famille proche du Patient, notamment un frère, une sœur, un parent, un enfant, une tante, un oncle ou un cousin au premier degré, qui a déjà souffert d'une lésion ou d'une pathologie similaire et, si oui, veuillez indiquer quel membre de la famille proche et décrire le type de lésion ou de pathologie similaire.

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**



8. Documents supplémentaires à joindre à la présente Demande

Les documents qui suivent doivent être envoyés par le Déposant en même temps que le présent Formulaire de Demande de compensation, afin que la Demande soit considérée comme complète. Veuillez noter que l'absence d'envoi ou l'envoi en retard de l'un de ces documents peut entraîner le rejet de la Demande ou des retards dans son examen :

- a. Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives, joint à l'Annexe 3 du Protocole relatif au Programme, rempli et signé. Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être rempli et signé par un ou plusieurs Professionnels de santé agréés³.
- b. Si le Patient 1) est décédé, ou 2) est handicapé au point qu'il ne peut pas déposer lui-même la présente Demande, ou 3) est un enfant (mineur), ou 4) n'a pas la capacité juridique pour tout autre motif de déposer lui-même la présente Demande, la personne qui dépose la Demande pour le Patient (tel qu'indiqué à la Section 2 du présent Formulaire) doit également fournir une procuration ou une déclaration notariée par un Notaire agréé sur le territoire de résidence du Patient ou du Déposant, ou sur le territoire où le Vaccin a été administré. Cette procuration ou déclaration notariée doit confirmer que :
 - i. la personne qui dépose la Demande au nom du Patient est reconnue par la loi comme étant le parent, le tuteur, l'héritier ou le représentant légal, selon le cas, du Patient ; et
 - ii. en cas de décès du Patient, que la personne qui dépose la Demande au nom du Patient : A) est le représentant dûment autorisé et légalement reconnu de tous les héritiers légaux du Patient désignés dans la procuration ou la déclaration ; et B) a tous les droits, pouvoirs et facultés nécessaires pour représenter ces héritiers légaux, agir en leur nom et les obliger ; et que C) le Patient n'a pas d'autres héritiers légaux que ceux qui sont désignés dans la procuration ou la déclaration.

³« Professionnel de santé agréé » désigne tout professionnel de santé, y compris les médecins, chirurgiens, infirmiers, sage-femmes, infirmiers praticiens, assistants médicaux, psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, dentistes et pharmaciens, dûment agréé ou légalement autorisé à exercer dans l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX dans laquelle le Patient réside et a reçu le Vaccin ou, dans le cas de malformations congénitales, dans laquelle la mère du Patient réside et a reçu le Vaccin.

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

9. Coordonnées des hôpitaux, des Professionnels de santé agréés et autres personnes susceptibles de fournir des informations complémentaires sur la lésion ou la pathologie dont souffre le Patient

Dans l'espace prévu ci-dessous, veuillez indiquer les noms et coordonnées (adresse, numéro de téléphone ou de portable, adresse de courriel) de tout tiers qui peuvent être contactés aux fins d'obtenir des informations complémentaires sur la lésion ou la pathologie dont souffre le Patient. Ceci inclus par exemple les hôpitaux ou cliniques de soin, toute personne ou organisation qui a administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient, ou tout Professionnel de la santé agréé qui a traité le Patient, etc.

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

10. Consentement à la communication d'informations médicales et renonciation au secret médical et/ou professionnel

En apposant sa signature dans l'espace prévu à la Section 14 de la présente Demande, le Déposant :

- a. consent à ce que l'Administrateur, le Vice-Président de l'Administrateur chargé du conseil en matière de risques, les membres de la Commission d'examen, les membres de la Commission d'appel et/ou toute autre personne représentant et/ou conseillant l'un d'entre eux aient accès et puissent examiner le dossier médical ou autres dossiers concernant le Patient dans le cadre de l'examen de la Demande afin de déterminer si une compensation est due dans le cadre du Programme ; et
- b. accepte que l'Administrateur, le Vice-Président de l'Administrateur chargé du conseil en matière de risques, les membres de la Commission d'examen, les membres de la Commission d'appel et/ou toute autre personne les représentant et/ou les conseillant puissent demander à toute personne et organisation mentionnée dans la présente Demande et/ou dans tout document joint à la présente Demande (notamment le Formulaire relatif aux Pièces justificatives) la communication de toute information nécessaire au traitement et à l'examen de la Demande ou tout recours et/ou autre procédure subséquent(e) ou autre procédure en relation avec la présente Demande ; et
- c. libérer toutes les personnes et organisations susmentionnées de tout secret médical et/ou professionnel applicable imposé par toute loi applicable.

11. Consentement au traitement des données à caractère personnel

En apposant sa signature dans l'espace prévu à la Section 14 de la présente Demande, le Déposant : i) consent au traitement des données à caractère personnel et de santé du Patient (et dans le cas de malformations congénitales, de la mère du Patient) aux fins de la Demande et de toute question connexe, tel que détaillé dans la [Politique relative à la protection des données à caractère personnel dans le cadre du Programme de compensation sans faute pour les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX adoptée par ESIS, INC.](#); et ii) accepte que ces données, ainsi que les renseignements et documents fournis en lien avec la présente Demande (y compris, notamment, dans le Formulaire relatif aux Pièces justificatives) et/ou tout ou procédure subséquent(e) en relation avec la présente Demande soient communiqués :

- a. aux membres de la Commission d'examen, aux membres de la Commission d'appel et/ou à toute autre personne les représentant et/ou les conseillant ;
- b. à tous les services de santé locaux et/ou toutes les agences locales chargées de l'application de la loi ou autres agences gouvernementales, à toutes les organisations intergouvernementales et toutes les institutions internationales qui peuvent être requises de temps à autre aux fins de l'application de la loi, de la détection d'activités criminelles, de l'établissement du profil de risque des vaccins ou de toute autre activité légitime qui peut être requise en rapport avec la Demande ou tout recours ou autre procédure en relation avec la présente Demande ; ou
- c. à tout autre tiers désigné dans la [Politique relative à la protection des données à caractère personnel dans le cadre du Programme de compensation sans faute pour les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX adoptée par ESIS, INC.](#), ou requis par les lois applicables.

ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Le consentement peut être retiré à tout moment. Le retrait du consentement signifie toutefois qu'il ne sera peut-être pas possible de poursuivre l'examen de la Demande dans le cadre du Programme.

12. Attestation et engagements

En apposant sa signature dans l'espace prévu à la Section 14 de la présente Demande, le Déposant reconnaît et convient :

- a. qu'il accepte et convient que la présente Demande (ainsi que tout recours ou autre procédure en relation avec la présente Demande) sera soumise aux termes et conditions énoncés dans le Protocole relatif au Programme et ses Annexes et sera examinée conformément à ceux-ci ;
- b. Pendant toute la durée du processus d'examen de la présente Demande et des appels ou autre procédure en relation avec la présente Demande, le Déposant (soit le Patient et la personne qui, le cas échéant, dépose la présente Demande au nom du Patient), s'engage à ne pas déposer ou introduire ou à faire déposer ou introduire ou à permettre à quiconque de déposer ou d'introduire, une action, procédure de compensation ou une autre demande de compensation ou de dommages-intérêts à l'encontre de toute autre personne, ou personne morale (y compris toute demande déposée dans le cadre d'un autre programme de compensation) au titre du Dommage auquel la présente Demande se rapporte. Dans le cas où une telle autre demande, action ou procédure serait portée à la connaissance de l'Administrateur, la Demande serait automatiquement rejetée.
- c. S'il est déterminé qu'une compensation doit être versée au Déposant dans le cadre du Programme (ce qui inclut le Patient et la personne qui, le cas échéant, dépose la présente Demande en son nom), alors : le Versement ne sera effectué que si le Déposant renvoie à l'Administrateur les documents suivants dans le délai applicable décrit dans le Protocole :
 1. un Accord d'exonération de responsabilité, qui lui sera fourni par l'Administrateur, dûment signé, daté et authentifié ; et
 2. un Formulaire relatif au choix du mode de Versement, qui lui sera fourni par l'Administrateur, dûment rempli, daté et signé.
- d. Toute réclamation et contestation relative à la présente Demande et/ou au Protocole ou s'y rapportant (en ce qui concerne notamment leur interprétation ou leur application) doit être transmise par écrit à l'Administrateur. Après en avoir accusé réception, l'Administrateur la transmet à son Vice-Président chargé du traitement des réclamations qui l'examinera dans les 30 jours suivant sa réception. À la suite de cet examen, une réponse écrite sera envoyée par le Vice-Président de l'Administrateur chargé du traitement des réclamations au Patient, au Déposant ou au Demandeur, selon le cas. Si le Patient, le Déposant ou le Demandeur n'est pas satisfait(e) de la décision, il ou elle a la possibilité de soumettre le dossier à un arbitrage contraignant, selon les modalités prévues ci-dessous.
- e. Tout litige découlant de la présente Demande et/ou du Protocole ou s'y rapportant (en ce qui concerne notamment leur interprétation ou leur application) sera, sauf règlement amiable, réglé par arbitrage. L'arbitrage est conduit conformément au règlement d'arbitrage de la Chambre de commerce internationale. Les parties acceptent la sentence arbitrale comme étant définitive et contraignante.
- f. En cas de divergence ou d'incohérence entre la version anglaise du présent Formulaire de Demande et toute traduction, la version anglaise prévaut.

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU
COVAX**

13. Déclaration sur l'honneur

En apposant sa signature dans l'espace prévu à la Section 14 du présent Formulaire, le Déposant : (i) certifie que les déclarations, faits et réponses énoncés dans la présente Demande et/ou dans tout document joint à la présente Demande sont, à sa connaissance, vrais, complets et exacts; et (ii) reconnaît et convient que :

- a. Si, de manière frauduleuse ou non, une personne⁴ falsifie ou déforme une information importante ou omet de divulguer un fait important et que, en conséquence de la falsification, de la déformation ou de l'omission, un Versement est effectué, la personne à laquelle le Versement a été effectué est tenue d'en rembourser le montant à l'Administrateur ; et
- b. Toute personne qui, dans le but d'obtenir un Versement dans le cadre du Programme, que ce soit pour elle-même ou pour une autre personne : 1) fait sciemment une fausse déclaration ou assertion ou 2) produit ou communique, ou fait produire ou permet remettre ou autorise en connaissance de cause sciemment la production ou la communication remise de tout document ou renseignement dont elle sait qu'il est faux s'agissant d'un aspect essentiel, commet une infraction punissable de la peine prévue par la loi dans le pays concerné.

14. Signature, nom et date

Le **Déposant** (c'est-à-dire le Patient ou la personne déposant la présente Demande au nom du Patient, selon le cas) a signé le présent Formulaire à la date indiquée ci-dessous :

Nom complet : _____

Signature : _____

Date : _____

Lieu : _____

Annexes :

Annexe 1 - Coordonnées des centres régionaux du Programme

⁴ Aux fins de la présente Section 13, le terme « personne » désigne, sans s'y limiter: i) le Déposant ou la personne déposant la Demande de compensation au nom du Déposant ; ii) l'auteur de toute pièce fournie à l'appui de la Demande de compensation, d'une quelconque des Pièces justificatives ou d'une Notification d'appel dans le cadre de cette Demande, et/ou iii) tout Notaire agréé, tel qu' exigé par le Protocole.

ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BENEFICER DU SYSTEME DE GARANTIE DE MARCHE DU COVAX

ANNEXE 1

COORDONNÉES DES CENTRES RÉGIONAUX RELEVANT DU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ÉCONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BENEFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX (LE « PROGRAMME »)

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez les noms, les adresses, les adresses de courrier électronique et les numéros de téléphone directs (payants) des différents centres régionaux relevant du Programme. Il existe également une ligne d'assistance téléphonique mondiale pour le Programme, dont le numéro est le 1-833-276-8262. Les appels à la ligne mondiale d'assistance téléphonique peuvent être gratuits ou payants, en fonction de l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX depuis laquelle vous appelez. Il vous appartient de vérifier si des frais s'appliquent ou non avant d'appeler la ligne d'assistance téléphonique mondiale.

Vous pouvez entrer en contact avec l'Administrateur du Programme attribué à votre pays si vous avez des questions concernant le Programme ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ou soumettre un Formulaire de Demande ou tout autre formulaire du Programme. Un centre régional attribué à votre pays signifie soit (i) le pays où le Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, la mère du Patient) a été vacciné, soit (ii) le pays de résidence du Déposant ou du Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, de la mère du Patient).

En outre, vous pouvez soumettre les formulaires du Programme et les autres documents que vous devez joindre à ces formulaires à l'Administrateur du Programme, c'est-à-dire en les envoyant par courrier recommandé au centre régional concerné.

Les centres régionaux du Programme sont à disposition pour vous aider dans votre langue maternelle, ainsi qu'en anglais, en français ou en espagnol. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide, veuillez contacter le centre régional compétent, par courrier électronique, par téléphone, ou par courrier postal à l'aide des coordonnées fournies dans le tableau ci-dessous et le centre régional fera de son mieux pour vous aider dans votre langue maternelle.

NOTE IMPORTANTE : Chaque centre régional répertorié ci-dessous ne dessert que les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX indiquées dans la colonne de droite correspondante. Veuillez-vous assurer de ne contacter et de ne soumettre les formulaires relatifs au Programme et autres documents qu'au bon centre régional, c'est-à-dire au Centre régional qui dessert l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX dans laquelle le Vaccin vous a été administré, ou dans laquelle le Vaccin a été administré au Patient pour lequel vous soumettez une Demande le cas échéant, ou qui dessert l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX de résidence du Déposant ou du Patient (ou, en cas de malformation congénitale, de la mère du Patient).

Formulaire de Demande de compensation dans le cadre du Programme de compensation sans faute pour les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché du COVAX

Annexe 2 au Protocole relatif au Programme – version du 1 décembre 2023

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR
BENEFICIER DU SYSTEME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX**

Coordonnées du centre régional	Économies admissibles au système de garantie de marché du COVAX desservies par le centre régional					
<p>Afrique du Sud Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 Afrique du Sud +27 (0) 11 463 5900 Covaxclaims.SouthAfrica@crawford.com</p>	<p>1. Angola 2. Bénin 3. Burkina Faso 4. Burundi 5. Cameroun 6. Cabo Verde 7. République centrafricaine 8. Tchad</p>	<p>9. Comores 10. Rép. dém. Du Congo 11. Rép. du Congo 12. Côte d'Ivoire 13. Djibouti 14. Érythrée 15. Eswatini 16. Éthiopie 17. Gambie</p>	<p>18. Ghana 19. Guinée-Bissau 20. Kenya 21. Lesotho 22. Libéria 23. Madagascar 24. Malawi 25. Maldives 26. Mali</p>	<p>27. Mauritanie 28. Mozambique 29. Niger 30. Nigéria 31. Rwanda 32. Sao Tomé-et-Principe 33. Sénégal 34. Soudan du Sud</p>	<p>35. Soudan 36. Sierra Leone 37. Somalie 38. Tanzanie 39. Guinée 40. Togo 41. Ouganda 42. Zambie 43. Zimbabwe</p>	
<p>Australie Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australie +61 7 3223 3100 Covaxclaims@crawco.com.au</p>	<p>44. Fidji 45. Kiribati 46. Îles Marshall 47. Micronésie (États fédérés de) 48. Samoa</p>			<p>49. Îles Salomon 50. Tonga 51. Tuvalu 52. Vanuatu 53. Papouasie-Nouvelle-Guinée</p>		
<p>Allemagne Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Allemagne +49 211 95456250 Covaxclaims@crawco.de</p>	<p>54. Kosovo 55. République kirghize 56. Moldova 57. Tadjikistan 58. Ukraine 59. Ouzbékistan</p>					
<p>Mexique Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcaldia Benito Juarez Ciudad De México C.P. 03200 Mexique +52 55 5093 6467 Covaxclaims.Mexico@crawford.com</p>	<p>60. Dominique 61. El Salvador 62. Grenade 63. Guyana 64. Haïti</p>			<p>65. Honduras 66. Nicaragua 67. Sainte-Lucie 68. Saint-Vincent-et-les Grenadines</p>		
<p>Brésil Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo</p>	<p>69. Bolivie</p>					

Formulaire de Demande de compensation dans le cadre du Programme de compensation sans faute pour les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché du COVAX

Annexe 2 au Protocole relatif au Programme – version du 1 décembre 2023

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR
BENEFICIER DU SYSTEME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX**

<p>Brésil +55-11-3879-7500 Covaxclaims.Brazil@crawford.com</p>		
<p>Singapour Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapour 068811 Singapour +65 6632 8639 Covaxclaims.Singapore@crawford.asia</p>	<p>70. Cambodge 71. Indonésie 72. Rép. pop. dém. de Corée 73. Rép. pop. dém. lao</p>	<p>74. Myanmar 75. République démocratique du 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. Mongolie 78. Philippines</p>	
<p>Émirats arabes unis Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai, Émirats arabes unis +971 4 345 9541 Covaxclaims@crawco.me</p>	<p>79. Rép. arabe d'Égypte 80. Rép. arabe syrienne 81. Rép. du Yémen</p>	
<p>Inde Puri-Crawford Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 Inde +91 (020) - 26612524 Covaxclaims.India@crawford.com</p>	<p>82. Afghanistan 83. Bangladesh 84. Bhoutan 85. Inde 86. Népal 87. Pakistan 88. Sri Lanka</p>	
<p>Israël Crawford-Tossman No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811</p>	<p>89. Cisjordanie et bande de Gaza</p>	

Formulaire de Demande de compensation dans le cadre du Programme de compensation sans faute pour les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché du COVAX

Annexe 2 au Protocole relatif au Programme – version du 1 décembre 2023

**ANNEXE 2 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR
BENEFICER DU SYSTEME DE GARANTIE DE MARCHE DU COVAX**

Covaxclaims.Israel@crawford.com	
Belgique Crawford & Company Jan Olieslagerslaan 41 1800 Vilvoorde Belgique +32 2 257 03 52 Covaxclaims@crawco.be	90. Algérie 91. Maroc 92. Tunisie

[FIN DU FORMULAIRE DE DEMANDE]