

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

DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS ET INSTRUCTIONS QUI SUIVENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE :

1. Quand utiliser ce Formulaire : Le présent Formulaire doit être utilisé si vous souhaitez demander une compensation dans le cadre du Programme au motif que vous avez subi (en tant que Patient) ou que le Patient que vous êtes dûment autorisé à représenter a subi un Dommage à la suite de l'administration d'un Vaccin. Veuillez lire attentivement le Protocole relatif au Programme et les instructions figurant dans le document « Instructions relatives aux modalités de dépôt de la Demande », disponibles sur le site web du Programme à l'adresse www.covaxclaims.com, avant de déposer une Demande. Si vous avez des questions concernant le Programme, le présent Formulaire de Demande ou tout autre Formulaire, veuillez contacter l'Administrateur du Programme par courriel à covaxclaims@esis.com.
2. Pièces justificatives requises : Le présent Formulaire doit être soumis accompagné du Formulaire relatif aux Pièces justificatives figurant dans l'Annexe 3 du Protocole relatif au Programme.
3. Délai d'attente : Hormis la circonstance indiquée ci-dessous, un délai d'attente de 30 jours suivant l'administration de la dose du Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage doit être observé avant que des démarches en vue de déposer une Demande de compensation dans le cadre du Programme ne soient entreprises. Par conséquent, il vous est demandé de ne pas remplir et déposer de Demande et ne pas vous procurer les Pièces justificatives requises dans l'Annexe 3 du Protocole, si moins de 30 jours se sont écoulés depuis que la dose de Vaccin a été administrée. Les Demandes déposées avant ce délai ne seront pas acceptées ou prises en considération.
 - Exception : Le délai d'attente de 30 jours indiqué ci-dessus ne s'applique pas dans le cas où le Patient est décédé à la suite de l'administration d'une dose de Vaccin et où ce décès est considéré par un Professionnel de santé agréé comme ayant été causé par ce Vaccin ou son administration.
4. Langues admises : Le présent Formulaire de Demande doit être rempli et soumis en anglais, français ou espagnol uniquement. Les Formulaires remplis et soumis dans une autre langue ne pourront être acceptés ou pris en considération. Toutefois, les documents requis dans la section 8 du présent document peuvent être soumis dans une autre langue s'ils ne sont pas disponibles en anglais, en français ou en espagnol.
5. Comment remplir ce Formulaire : Vous devez remplir toutes les sections et répondre à toutes les questions contenues dans le Formulaire. Il vous est demandé de fournir autant de détails et d'informations que possible.
6. Indication des nom, signature et date : Vous devez inscrire votre nom complet, signer et dater dans les espaces prévus à cet effet dans la section 14 ci-dessous.
7. L'omission : i) de remplir toutes les sections du présent Formulaire, ou ii) de signer, dater et inscrire votre nom complet dans les espaces prévus à la section 14 ci-dessous entraînera le rejet de la Demande ou des retards dans son traitement.
8. Date limite de dépôt : Le présent Formulaire (ainsi que tous les documents visés dans la section 8 ci-dessous) et toutes les Pièces justificatives requises dans l'Annexe 3 du Protocole doivent être envoyés à l'Administrateur du Programme avant la fin de la Période de référence applicable (définie à l'art. 2(t) du Protocole relatif au Programme). Toute Demande déposée après la fin de la Période de référence applicable est susceptible de ne pas être acceptée ou prise en considération dans le cadre du

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

Programme. Nonobstant ce qui précède, conformément à la Section 1(i) et à la Section 2(t) du Protocole relatif au Programme, la Période de référence d'un Patient ne peut en aucun cas s'étendre au-delà du 30 juin 2027 (date de clôture de la procédure de dépôt des demandes dans le cadre du Programme et à laquelle l'Administrateur n'acceptera plus aucune Demande).

9. Modalités de dépôt du formulaire : Une fois le présent formulaire dûment complété, signé et daté, il doit être envoyé (ainsi que les documents visés dans la section 8 ci-dessous) ainsi que les Pièces justificatives requises dans l'Annexe 3 du Protocole à l'Administrateur du Programme :
- via le portail web du Programme, disponible à l'adresse : www.covaxclaims.com ;
 - par courriel à covaxclaims@esis.com ; ou
 - par courrier simple à l'un des centres régionaux de l'Administrateur du Programme, dont les adresses figurent à l'annexe 1 (Coordonnées des centres régionaux) jointe au présent Formulaire et qui sont également disponibles sur le site web du Programme à l'adresse : www.covaxclaims.com.
10. Définitions : Les termes commençant par une majuscule qui sont employés dans le présent Formulaire sans y être définis ont la signification qui leur est donnée dans le Protocole relatif au Programme disponible 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

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMPENSATION DANS LE CADRE DU 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** (défini comme un individu : (i) qui est un citoyen, résident, ou une personne au sein d'une population visée par le stock tampon de vaccins à usage humanitaire mis en place dans le cadre du mécanisme COVAX, telle que définie et mise à jour de temps à autre par le Comité permanent inter-organisations (CPI)¹, dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ; (ii) a qui un Vaccin a été administré dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX et (iii) qui prétend ou au sujet duquel il est prétendu qu'il a subi un Évènement indésirable grave causé par un Vaccin ou son administration, qui lui a occasionné un Dommage. **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	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Lieu de naissance	
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	

¹ La définition du 8 juin 2021 de population visée par le stock tampon de vaccins à usage humanitaire mis en place dans le cadre du mécanisme COVAX peut être consultée sur le site : [Frequently Asked Questions: The COVAX Humanitarian Buffer | IASC \(interagencystandingcommittee.org\)](https://www.iasc.org/faq).

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

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 ; ou d) n'a pas la capacité juridique, pour quelque motif que ce soit de présenter lui-même une Demande, celle-ci doit être déposée par la personne ayant le pouvoir légal de le représenter.

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 la nature de ce pouvoir et le lien qui unit cette personne et 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)	
Lieu de naissance	
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:	

**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**

Lien avec le Patient	
Nature du pouvoir dont est investi la personne qui dépose la Demande au nom du Patient	
Si le Patient est décédé, préciser à quel titre cette personne est habilitée à déposer la Demande en son nom et à représenter ses héritiers légaux	

3. Confirmations par le Déposant

Il est demandé au **Déposant** (autrement dit, le Patient qui dépose directement la présente Demande pour lui-même, ou la personne qui dépose la Demande en son nom dans les cas décrits à la section 2 du présent Formulaire, selon le cas) de répondre à toutes les questions qui suivent et de donner, le cas échéant, toutes les précisions nécessaires :

A. Le Déposant a-t-il attendu au moins 30 jours après l'administration de la dose du Vaccin qui est réputé avoir provoqué le Dommage, avant de déposer la présente Demande et de se procurer les Pièces justificatives visées dans la section 8 du présent Formulaire ? 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 et si le décès du Patient est considéré par un Professionnel de santé agréé comme ayant été causé par ce Vaccin ou son administration.

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si non, veuillez préciser :

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

B. Une Demande a-t-elle déjà été présentée dans le cadre du Programme au titre du Dommage auquel la présente Demande se rapporte ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si oui, veuillez préciser :

C. Une compensation issue d'une autre source, (notamment, mais pas uniquement, par suite d'une décision de justice, d'une sentence arbitrale, ou d'une transaction amiable), a-t-elle déjà été versée au titre du Dommage auquel la présente Demande se rapporte ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Dans l'affirmative, veuillez préciser la nature, le montant et les informations complètes relatives à cette compensation issue d'une autre source :

D. Le Déposant remplit-il les conditions pour recevoir un versement d'un autre programme en compensation au titre du Dommage auquel la présente Demande se rapporte ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Dans l'affirmative, précisez la nature et les informations relatives au versement auquel le Déposant peut prétendre dans le cadre de tout autre programme de compensation :

E. Le Déposant a-t-il déjà déposé une demande de compensation au titre du Dommage subi auprès d'un ou plusieurs autres programmes de compensation ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Dans l'affirmative, veuillez fournir les éléments suivants à l'Administrateur dans le cadre de la présente Demande :

1. Une copie de la décision finale de l'autre programme de compensation, y compris les motifs de cette décision ; et

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

2. Si une compensation a été accordée par l'autre programme de compensation, veuillez fournir des informations détaillées sur : (a) le montant total de la compensation accordée, (b) sa nature, (c) la base de calcul utilisée, et (d) les modalités de versement de la compensation.

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

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Dans l'affirmative, veuillez fournir des informations détaillées sur les procédures judiciaires ou les demandes en cours (y compris toute demande déposée dans le cadre d'un autre programme de compensation) :

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 ? ²	
Le Vaccin a-t-il été administré au Patient : a) dans le cadre d'un programme national de Vaccination, ou b) dans le cadre d'un programme humanitaire relevant du mécanisme COVAX ?	

² 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

<p>Quel est le nom du Vaccin ?</p>	
<p>Le Patient a-t-il reçu une ou plusieurs dose(s) additionnelle(s) et/ou dose(s) de rappel en plus du schéma d'origine à une ou deux doses du Vaccin ? Le cas échéant, veuillez donner des détails sur la(les) dose(s) additionnelle(s) et/ou dose(s) de rappel reçues par le Patient.</p>	
<p>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.</p> <p>Ce(s) numéro(s) de lot(s) sont fournis par le(s) vaccinateur(s) (personne ou établissement/organisation) qui a (ont) administré au Patient la (les) dose(s) du Vaccin en question³</p>	
<p>Nom(s) du(des) vaccinateur(s) (personne ou établissement/organisation) qui a administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient</p>	

³ **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 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

<p>Dans la mesure où la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été fournie(s) ou administrée(s) par une agence humanitaire, veuillez indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nom de l'agence humanitaire qui a fourni ou administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient, ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient ; et - Le(s) nom(s) de la (des) personne(s) de contact au sein de cette agence humanitaire. 	
<p>Endroit(s) exact(s) où 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</p>	
<p>Date(s) (jour/mois/année) à laquelle la (les) doses 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)</p>	

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 qui lui a été administré après l'administration de la (des) dose(s) du Vaccin et/ou pendant la période de six semaines précédant l'administration de chaque dose du Vaccin (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**

b) En cas de malformations congénitales, veuillez énumérer les médicaments pris par la mère du Patient et/ou les autres vaccins qui lui ont été administrés pendant la grossesse et/ou six semaines avant le début de la grossesse (Veuillez donner cette information séparément pour chaque dose du Vaccin administrée) :

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 pendant une période consécutive de plus de 3 semaines, au cours des 24 mois précédant l'administration de chaque dose du Vaccin (Veuillez donner cette information séparément pour chaque dose du Vaccin administrée) :

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, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Veuillez préciser :

i) la nature de la lésion ou de la pathologie dont a souffert le Patient à laquelle la présente Demande se rapporte

ii) la ou les dates auxquelles les premiers symptômes sont apparus

iii) la nature des symptômes

iv) ce qui, selon vous, a provoqué la lésion ou la pathologie dont a souffert le Patient à laquelle la présente Demande se rapporte

v) 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

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'une lésion ou d'une maladie congénitale à la naissance) et, dans l'affirmative, veuillez fournir des indications complémentaires, y compris les dates.

vi) 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, dans l'affirmative, quel membre de la famille proche et le type de lésion ou de pathologie similaire dont il a souffert.

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. À défaut, celui-ci ne sera pas considéré comme complet. Veuillez noter que l'absence d'envoi ou l'envoi en retard de TOUS ces documents peut entraîner le rejet de la Demande et/ou des retards dans son examen :

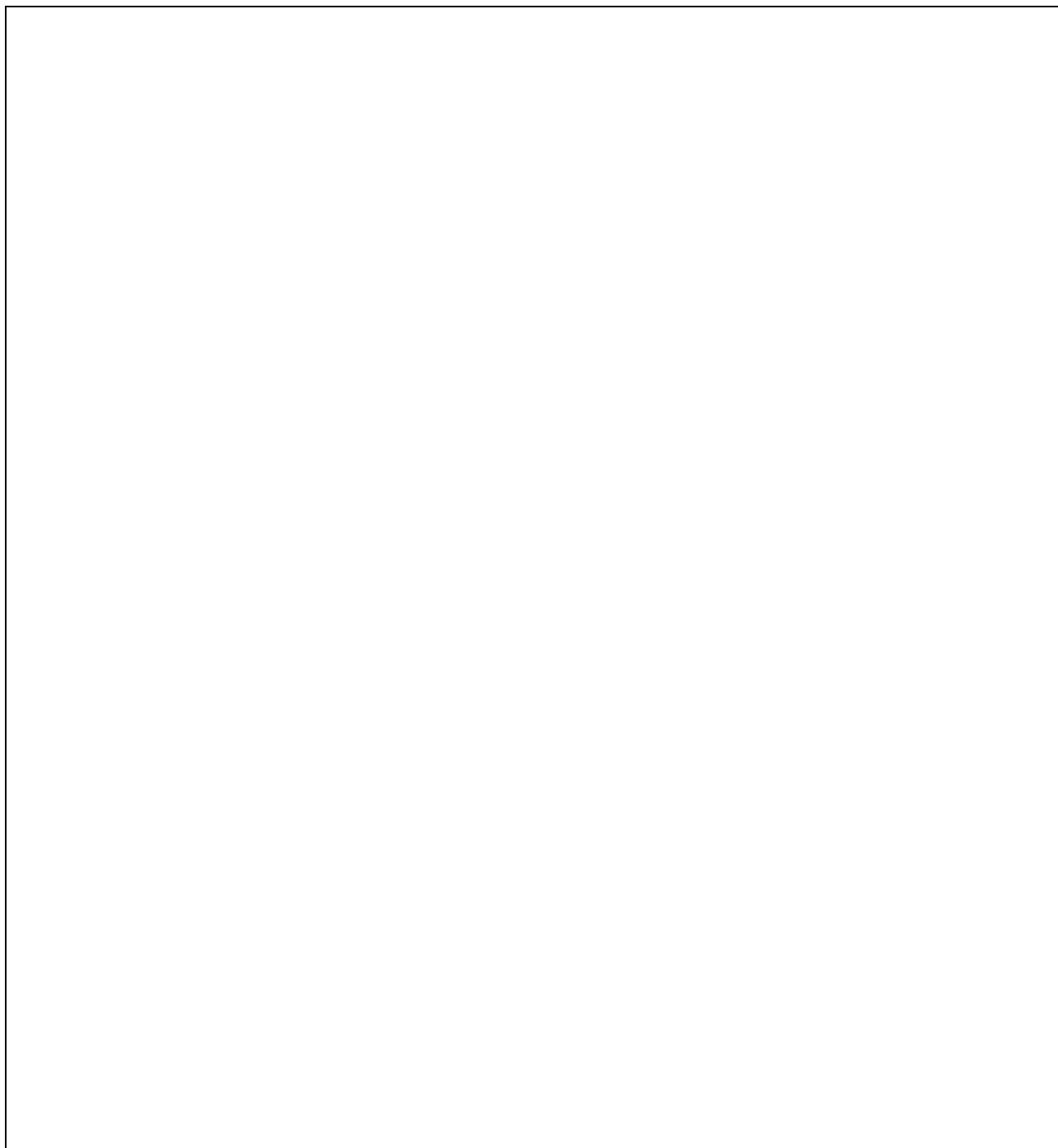
- a. Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives, joint à l'Annexe 3 du Protocole relatif au Programme, dûment rempli et signé. Le formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être rempli et signé par un ou plusieurs Professionnels de santé agréés⁴.
- b. Les factures, reçus ou autres preuves de paiement de tous les frais médicaux (y compris les frais d'hospitalisation) nécessaires au traitement de la lésion ou de la pathologie dont a souffert le Patient pour laquelle la présente Demande est déposée.
- c. 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, 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 au nom du Patient en vertu de la section 2 du présent Formulaire doit également fournir une procuration et/ou une déclaration reçue par un Notaire agréé ou tout autre officier public légalement autorisé à fournir des services d'authentification ou de légalisation sur le territoire où le Vaccin a été administré au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient, confirmant :
 - i. que 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.

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 (par exemple, adresse, numéro de téléphone ou de portable, adresse de courriel) de tout tiers dont le Demandeur accepte qu'il soit contacté aux fins d'obtenir des informations complémentaires sur la lésion ou la pathologie dont souffre le Patient pour laquelle la présente Demande est déposée. À titre d'exemple, ces tiers peuvent inclure les hôpitaux ou cliniques de soin, le Professionnel de santé agréé qui a administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient, ou qui a traité le Patient de toute autre manière, l'employeur du Patient ou l'établissement scolaire dans lequel il est inscrit, etc.

⁴« Professionnel de santé agréé » désigne tout professionnel de santé, en ce compris les médecins, chirurgiens, infirmiers, sages-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



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 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

- 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/ou organisation mentionnée dans la présente Demande et/ou dans tout document joint à la présente Demande (notamment dans le Formulaire relatif aux Pièces justificatives) la communication de toute information nécessaire au traitement et à l'examen de la Demande ou tout recours y relatif ; et
 - c. libérer toutes les personnes et organisations susmentionnées l'obligation de secret médical et/ou professionnel imposée 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 du présent formulaire, 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) visées 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., qui sont nécessaire ; et ii) accepte que ces données, ainsi que les renseignements et documents figurant ou mentionnés dans, ou autrement fournis en relation avec la présente Demande et/ou tout document joint ou relatif à cette Demande et/ou à tout appel ou autre procédure qui en découle ou s'y rapporte (notamment dans le Formulaire relatif aux Pièces justificatives) soient communiquées :

- 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 qui en découle ou qui s'y rapporte ; 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 par les lois applicables.

Le Déposant comprend qu'il peut retirer son consentement à tout moment, ce qui pourrait avoir pour conséquence de rendre impossible la poursuite de l'examen de la Demande dans le cadre du Programme.

**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**

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 a lu et pleinement compris, ou a fait lire et s'est fait expliquer, les termes et conditions énoncés dans le Protocole relatif au Programme et ses Annexes, disponibles à l'adresse : www.covaxclaims.com. La présente Demande (ainsi que les appels ou autre procédure qui en découle ou s'y rapporte) est régie par les termes et conditions énoncés dans la 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 qui en découle ou s'y rapporte, 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 ou 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, ce dernier sera fondé à rejeter automatiquement la Demande et à appliquer la Section 10 du Protocole relatif au Programme.
- 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) :
 - i. le Versement ne sera effectué que si le Déposant satisfait, dans les délais requis, à l'ensemble des conditions qui suivent et :
 1. renvoie à l'Administrateur l'Accord d'exonération de responsabilité, qui lui sera fournie par ce dernier, dûment signée, datée et authentifiée ; et
 2. renvoie à l'Administrateur le Formulaire relatif au choix du mode de Versement, qui lui sera fourni par ce dernier, dûment rempli, daté et signé ; et
 - ii. Dans le cas où le Déposant aurait reçu une compensation analogue antérieure, de tout autre programme de compensation pour le même Dommage, l'Administrateur est fondé à déduire le montant de la Compensation reçue antérieurement du montant de Compensation due dans le cadre du Programme (telle que définie à la Section 9 du Protocole relatif au Programme).
- d. Toute réclamation et contestation relative à la présente Demande et/ou du 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.

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

- 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, à moins qu’il ne soit résolu à l’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 à tous égards.

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 qui y est joint sont, à sa connaissance, sincères, complets et exacts; et (ii) reconnaît et convient que :

- a. Si, de manière frauduleuse ou non, une personne⁵ 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 sciemment la production ou la communication 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 :

⁵ 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, de l’une quelconque des Pièces justificatives ou d’une Notification d’appel, et/ou iii) tout Notaire agréé chargé d’authentifier, le cas échéant, l’Accord d’exonération de responsabilité.

**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**

Annexe 1 - Coordonnées des centres régionaux du Programme

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

ANNEXE 1

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

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez les noms, les adresses et les numéros de téléphone directs (*) des différents centres régionaux relevant du Programme, ce qui vous permettra :

- A. d'entrer en contact avec l'Administrateur du Programme si vous avez des questions à ce sujet ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ou soumettre un Formulaire de Demande ou d'autres Formulaires pertinents ; et
- B. de soumettre à l'Administrateur du Programme (par l'envoi d'un courrier recommandé) : 1) les documents composant votre Demande (c'est-à-dire le Formulaire de Demande figurant à l'Annexe 2, le Formulaire relatif aux Pièces justificatives figurant à l'Annexe 3 et tous les autres documents devant être soumis en vertu des dispositions contenues dans ces Formulaires) ; 2) les autres Formulaires relatifs au Programme ; et 3) tout autre document qu'il est obligatoire ou possible de soumettre en vertu des dispositions contenues dans ces Formulaires).

(*) 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.

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 faire appel au centre régional correspondant pour tout contact et pour soumettre des formulaires et autres documents relatifs au Programme, 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.

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 de marché du COVAX

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

Coordonnées du centre régional	Économies admissibles au système de garantie de marché du COVAX desservies par le centre régional					
<p><u>Afrique du Sud</u> Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 Afrique du Sud +27 (0) 11 463 5900</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><u>Australie</u> Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australie +61 7 3223 3100</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><u>Allemagne</u> Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Allemagne +49 211 95456250</p>	<p>54. Kosovo 55. République kirghize 56. Moldova 57. Tadjikistan 58. Ukraine 59. Ouzbékistan</p>					
<p><u>Mexique</u> Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcadia Benito Juarez Ciudad De México C.P. 03200 Mexique +52 55 5093 6467</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><u>Brésil</u> Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brésil +55-11-3879-7500</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 bénéficiaire du système de garantie de marché du COVAX

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

<p><u>Singapour</u> Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapour 068811 Singapour +65 6632 8639</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><u>Hong Kong</u> Crawford & Company 24/F Sunshine Plaza, 353 Lockhart Rd, Wanchai Hong Kong +852 2526 5137</p>	<p>77. Mongolie 78. Philippines</p>	
<p><u>Émirats arabes unis</u> Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai, Émirats arabes unis +971 4 345 9541</p>	<p>79. Rép. arabe d'Égypte 80. Rép. arabe syrienne 81. Rép. du Yémen</p>	
<p><u>Inde</u> Puri-Crawford Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 Inde +91 (020) - 26612524</p>	<p>82. Afghanistan 83. Bangladesh 84. Bhoutan 85. Inde 86. Népal 87. Pakistan 88. Sri Lanka</p>	
<p><u>Israël</u> Crawford-Tosman No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811</p>	<p>89. Cisjordanie et bande de Gaza</p>	
<p><u>Belgique</u> Crawford & Company Jan Olieslagerslaan 41 1800 Vilvoorde Belgique +32 2 257 03 52</p>	<p>90. Algérie 91. Maroc 92. Tunisie</p>	

[FIN DU FORMULAIRE DE DEMANDE]

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 de marché du COVAX