

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

**NOTIFICATION D'APPEL DU REJET D'UNE DEMANDE DE COMPENSATION JUGÉE IRRECEVABLE
DEPOSEE DANS LE PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES PAYS 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 : Veuillez utiliser et déposer le présent formulaire uniquement si vous faites appel du rejet de votre Demande au motif qu'elle ne constitue pas une Demande recevable dans le cadre du Programme. Si vous faites appel du rejet d'une Demande jugée recevable, il convient de 1) ne pas utiliser le présent formulaire et 2) d'utiliser le formulaire de notification d'appel du rejet d'une Demande jugée recevable disponible à l'adresse : www.covaxclaims.com. Prière de consulter les sections 4 et 7 du Protocole relatif au programme pour plus d'informations concernant la procédure de recours applicable en cas de rejet d'une Demande jugée irrecevable.
2. Langues admises : Le présent formulaire doit être rempli et soumis en anglais, français ou espagnol uniquement. Les formulaires remplis ou soumis dans une autre langue ne pourront être acceptés ou pris en considération.
3. Comment remplir ce formulaire : Vous devez remplir toutes les sections et répondre à toutes les questions contenues dans le présent formulaire. Il vous est demandé de fournir autant de détails et d'informations que possible.
4. Indication des nom, signature et date : Vous devez inscrire votre nom complet, signer et dater dans les espaces prévus à la section F du présent formulaire, avant de l'envoyer à l'Administrateur.
5. L'omission : (i) de remplir toutes les sections ou (ii) de signer, dater et insérer votre nom complet entrainera le rejet du présent formulaire ou des retards dans son traitement.
6. L'ajout de pièces justificatives n'est pas autorisé : Veuillez ne pas fournir ou joindre au présent formulaire de notification d'appel des documents supplémentaires (autres que ceux qui peuvent être exigés dans la section B). Seuls les documents suivants seront pris en considération aux fins du présent formulaire de notification d'appel (en plus de ceux qui peuvent être exigés dans la section B) : i) le présent formulaire, ii) le formulaire de demande de compensation, iii) le formulaire relatif aux pièces justificatives, et iv) tout renseignement et/ou document supplémentaire qui peut avoir été demandé par l'Administrateur et soumis dans les délais.
7. Date limite de dépôt : le présent formulaire de notification d'appel doit être envoyé à l'Administrateur du programme dans les 90 jours suivant la date de la notification de rejet de votre Demande envoyée par l'Administrateur. Les formulaires déposés après cette date ne seront pas acceptés ou pris en considération dans le cadre du Programme.
8. Modalités de dépôt du formulaire : Une fois le formulaire dûment rempli, signé et daté, il doit être envoyé à l'Administrateur du programme :
 - via le portail web du Programme, 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 2 (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.

Notification d'appel du rejet d'une demande de compensation (jugée irrecevable) déposée dans le cadre du programme de compensation sans faute pour les pays remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX

ANNEXE 4

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

9. Définitions : Les termes en majuscules employés dans le présent formulaire sans y être définis ont la signification qui leur est donnée dans le Protocole du programme disponible à l'adresse : www.covaxclaims.com
10. Que va-t-il se passer ensuite ? Veuillez consulter l'annexe 1 au présent formulaire pour un bref aperçu de « ce qui va se passer » une fois que le présent formulaire de notification d'appel dûment complété, signé et daté aura été envoyé à l'Administrateur du programme dans les délais impartis.

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

NOTIFICATION D'APPEL DU REJET D'UNE DEMANDE DE COMPENSATION

Section A - Renseignements concernant le Patient

Veuillez indiquer ci-dessous les renseignements demandés concernant le Patient.

Les renseignements figurant dans cette section A doivent être les mêmes que ceux fournis précédemment dans la section 1 du formulaire de demande.

Prénom :	Initiale du deuxième prénom :	Nom de famille :
Adresse du domicile (y compris la région et le pays) :		
Téléphone du domicile, s'il y a lieu :	Téléphone portable, s'il y a lieu :	Adresse de courriel, s'il y a lieu :
Date de naissance (jour/mois/année) :	Lieu de naissance :	Sexe :

Section B - Coordonnées de la personne ayant le pouvoir légal de soumettre le présent formulaire de notification d'appel au nom du Patient (si cette personne n'est pas le Patient)

Si le Patient : a) est décédé ; ou b) est handicapé au point qu'il ne peut pas soumettre lui-même le présent formulaire ; ou c) est un enfant ; ou d) n'a pas la capacité juridique, pour quelque raison que ce soit, de déposer lui-même le Formulaire de notification d'appel, celui-ci doit être soumis par la personne ayant le pouvoir légal de le représenter.

Dans tous les cas précisés ci-dessus, prière de fournir les coordonnées de la personne ayant le pouvoir légal de soumettre le formulaire au nom du Patient.

INFORMATIONS/INSTRUCTIONS IMPORTANTES :

1. Les renseignements figurant dans cette section B doivent être les mêmes que ceux fournis précédemment dans la section 2 du formulaire de demande, sauf si la personne qui a déposé la Demande au nom du Patient *a changé*, auquel cas la *personne nouvellement désignée* pour représenter le Patient doit soumettre, en même temps que le présent formulaire de notification d'appel : i) tous les renseignements requis dans la section 2 du formulaire de demande, et ii) les documents supplémentaires requis dans la section 8(c) de ce même formulaire.
2. Si la Demande a été déposée par le Patient lui-même, mais que *depuis lors*, le Patient : a) est décédé, ou b) est devenu invalide au point qu'il ne peut plus soumettre lui-même le présent formulaire ; ou c) n'a plus la capacité juridique pour tout autre motif de soumettre le présent formulaire, la personne qui soumet le formulaire au nom du Patient doit également remettre, en même temps que le présent formulaire : i) tous les renseignements requis dans la section 2 du formulaire de demande, et ii) les documents requis dans la section 8(c) de ce même formulaire.

Prénom :	Initiale du deuxième prénom :	Nom de famille :
----------	-------------------------------	------------------

Notification d'appel du rejet d'une demande de compensation (jugée irrecevable) déposée dans le cadre du programme de compensation sans faute pour les pays remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX

ANNEXE 4

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

Adresse du domicile (y compris la région et le pays) :		
Téléphone du domicile, s'il y a lieu :	Téléphone portable, s'il y a lieu :	Adresse de courriel, s'il y a lieu :
Date de naissance (jour/mois/année) :	Liens avec le Patient :	

Section C – Informations concernant la Demande rejetée

Veillez préciser les éléments qui suivent concernant la Demande rejetée à laquelle se rapporte le présent formulaire. Les informations demandées dans cette section C figurent dans la notification de rejet de la Demande communiquée au Demandeur par l'Administrateur du programme. Les **informations demandées dans cette section sont essentielles** à l'examen du recours.

Si vous pensez que les informations contenues dans la notification de rejet de la Demande sont erronées, veuillez néanmoins les utiliser et, dans la section D ci-dessous, expliquer en quoi elles sont erronées.

Numéro de la demande :	Date (jour/mois/année) de la Demande :
Lieu où la Demande a été déposée :	Date (jour/mois/année) de la notification de rejet de la Demande :

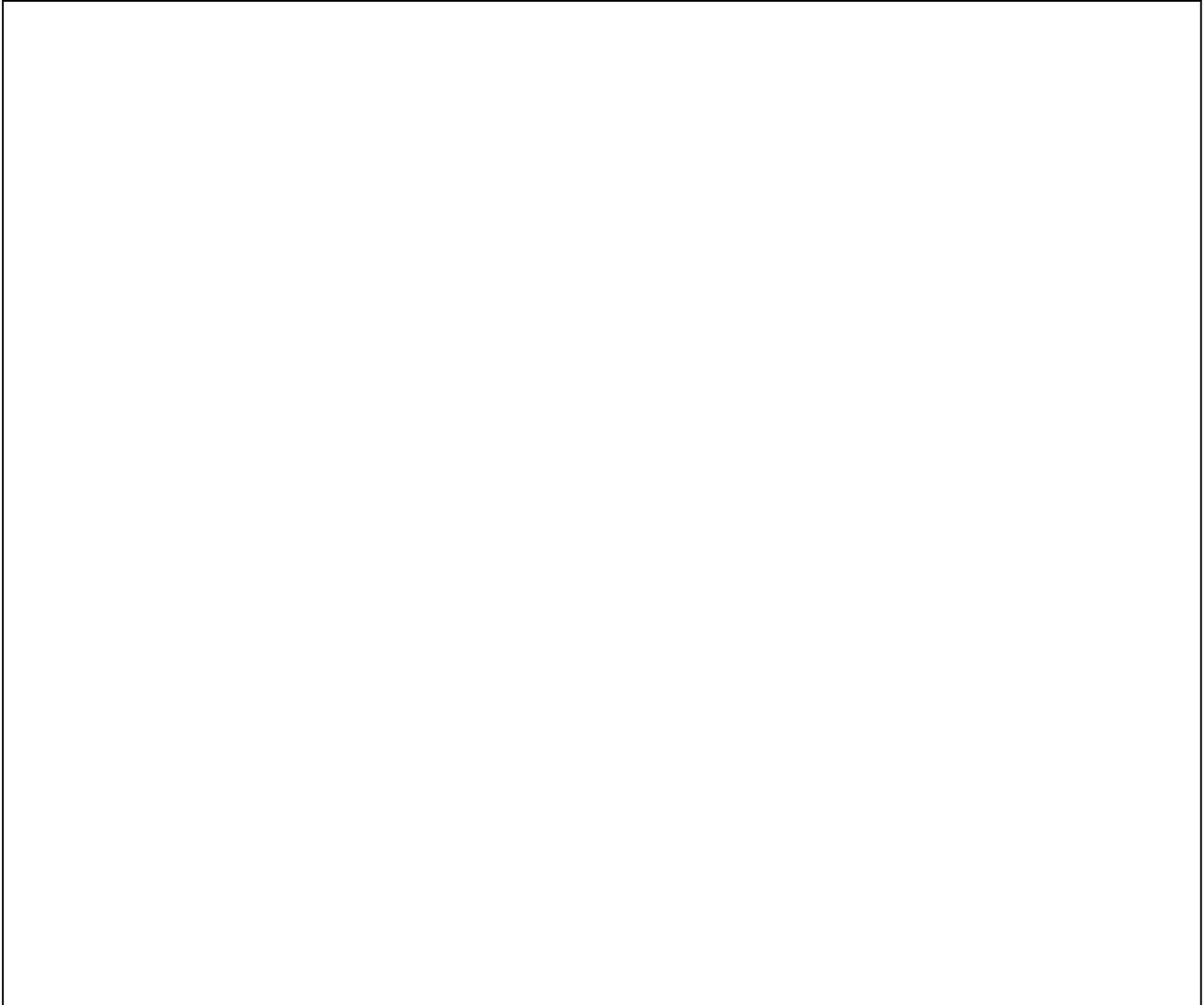
Section D - Motifs de l'appel

Dans vos propres mots, veuillez indiquer dans l'encadré ci-dessous les raisons pour lesquelles vous estimez que la Demande devrait être jugée recevable dans le cadre du Programme.

Veillez ne pas vous référer à un document ou à une pièce justificative autre que : i) le formulaire de demande, ii) le formulaire relatif aux pièces justificatives, et iii) les renseignements et/ou de documents supplémentaires qui auraient pu être demandés par l'Administrateur et remis à ce dernier à la date de notification du rejet de la Demande.

Veillez ne joindre aucun document à ce formulaire de notification d'appel.

--



Section E – Attestation et déclaration sur l’honneur

En apposant sa signature sur le présent formulaire de notification d’appel, le Demandeur confirme l’ensemble des consentements, accords, engagements et déclarations énoncés dans les sections 10 à 13 du formulaire de demande et reconnaît et convient que :

- a. En cas de divergence ou d'incohérence entre la version anglaise du présent formulaire de notification d'appel et toute traduction de celui-ci, la version anglaise prévaut à tous égards ; et
- b. Les déclarations et les réponses contenues dans le présent formulaire de notification d'appel sont, à sa connaissance, sincères et exactes ; et si l’une quelconque de ces déclarations ou réponses s'avère inexacte, l'Administrateur sera fondé, le cas échéant, à saisir les autorités compétentes en vue de l’ouverture d’une enquête.

ANNEXE 4

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

Section F - Signature, nom et date

Le Demandeur (c'est-à-dire le Patient ou la personne qui soumet le présent formulaire au nom du Patient, selon le cas) a signé le présent formulaire de notification d'appel du rejet d'une Demande à la date indiquée ci-dessous.

Signature : _____

Nom complet : _____

Date : _____

Lieu : _____

ANNEXE 4
AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES PAYS REMPLISSANT LES
CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

ANNEXE 1
AU FORMULAIRE DE NOTIFICATION D'APPEL DU REJET D'UNE DEMANDE

Que se passe-t-il une fois que le présent formulaire de notification d'appel du rejet d'une Demande a été dûment rempli et envoyé ?

1. Dans les 7 jours suivant la réception dans les délais requis du formulaire de notification d'appel du rejet d'une Demande dûment complété, signé et daté, l'Administrateur du programme transmettra le formulaire de notification d'appel (ainsi que tout document requis dans la Section B, le formulaire de demande, le formulaire relatif aux pièces justificatives et tout renseignement et/ou document supplémentaire demandé par l'Administrateur et remis à ce dernier à la date de la notification du rejet de la Demande) à son Vice-Président chargé du conseil en matière de risques.
2. Dans les 30 jours suivant la réception, le Vice-Président chargé du conseil en matière de risques : i) examinera le formulaire de notification d'appel du rejet de la Demande, ainsi que les autres documents mentionnés ci-dessus, et ii) sur cette base, décidera s'il convient de confirmer le rejet en question ou de l'annuler.
3. Le Vice-Président chargé du conseil en matière de risques communiquera par écrit à l'Administrateur sa décision concernant le maintien ou l'annulation de la décision de rejet de la Demande (en précisant les motifs de sa décision) dès qu'il aura statué, et en tout état de cause dans les 7 jours qui suivent.
4. L'Administrateur informera le Demandeur par écrit de la décision susmentionnée, y compris les motifs de celle-ci, dès que possible après que le Vice-Président chargé du conseil en matière de risques lui aura transmis sa décision, mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent.
5. La décision du Vice-Président de l'Administrateur chargé du conseil en matière de risques est définitive et non susceptible de recours.

ANNEXE 4

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

ANNEXE 2

COORDONNÉES DES CENTRES RÉGIONAUX RELEVANT DU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ÉCONOMIES ADMISSIBLES AU 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 (*) 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 présenté dans le Tableau 2, le formulaire des preuves à l'appui présenté dans le Tableau 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 du pays remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché depuis lequel vous appelez. Il vous appartient de vérifier si des frais s'appliquent ou non avant d'appeler la ligne d'assistance téléphonique mondiale.

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 admissibles au 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 admissible au système de garantie de marché du COVAX dans lequel le vaccin vous a été administré, ou dans lequel le vaccin a été administré au patient pour lequel vous soumettez une demande, le cas échéant.

Notification d'appel du rejet d'une demande de compensation (jugée irrecevable) déposée dans le cadre du programme de compensation sans faute pour les pays remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX

Annexe 4 au Protocole relatif au programme – version datée du 05 septembre 2022

ANNEXE 4

AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES PAYS 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 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><u>Australie</u> 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><u>Allemagne</u> 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><u>Mexique</u> 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</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>		

Notification d'appel du rejet d'une demande de compensation (jugée irrecevable) déposée dans le cadre du programme de compensation sans faute pour les pays remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX

ANNEXE 4

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

<p>Mexique +52 55 5093 6467 Covaxclaims.Mexico@crawford.com</p>		
<p>Brésil Crawford & Company Geraldo Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brésil +55-11-3879-7500 Covaxclaims.Brazil@crawford.com</p>	<p>69. Bolivie</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</p>	<p>82. Afghanistan 83. Bangladesh</p>	

Notification d'appel du rejet d'une demande de compensation (jugée irrecevable) déposée dans le cadre du programme de compensation sans faute pour les pays remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX

ANNEXE 4

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

Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 Inde +91 (020) – 26612524 Covaxclaims.India@crawford.com	84. Bhoutan 85. Inde 86. Népal 87. Pakistan 88. Sri Lanka
<u>Israël</u> Crawford-Tossman No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811 Covaxclaims.Israel@crawford.com	89. Cisjordanie et bande de Gaza
<u>Belgique</u> 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 NOTIFICATION D'APPEL DU REJET D'UNE DEMANDE]