

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LAS SOLICITUDES QUE SE PRESENTAN EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DE COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL CAM
(versión del 24 de Febrero 2022)

El propósito de esta lista de verificación es ayudarle a presentar una Solicitud completa en el marco del Programa de compensación sin culpa de COVAX para las economías que pueden optar al AMC («el Programa»). Dispone de un período holgado para presentar su Solicitud, de modo que **le conviene tomarse el tiempo que necesite para asegurarse de que presenta la Solicitud más completa posible.**

Los términos que aparecen en mayúsculas en esta lista de verificación tienen el significado que se les atribuye en el Protocolo del Programa. Lea detenidamente el [Protocolo](#) y las [Preguntas Frecuentes](#) relativas al Programa (disponibles en covaxclaims.com) para informarse sobre el Programa, así como sobre quienes pueden optar al mismo.

Marcar «Sí» en todas las casillas de esta lista de verificación es importante para evitar que su Solicitud sea desestimada o sufra un retraso. Sin embargo, marcar «Sí» en todas las casillas no significa automáticamente que su Solicitud sea admisible, o que vaya a recibir la compensación ofrecida por el Programa. Para ello, es necesario cumplir una serie de requisitos descritos en el Protocolo del Programa. Si tiene alguna pregunta, escriba al Administrador del Programa antes de remitir su Solicitud a la siguiente dirección de correo electrónico: covaxclaims@esis.com.

ACCIÓN	✓ SÍ	X NO
1. ¿Es usted (o la persona a la que representa): <ul style="list-style-type: none"> • ciudadano de una economía que puede optar al Compromiso Anticipado de Mercado de COVAX (CAM); <u>o</u> • residente en una economía que puede optar al CAM; <u>o</u> • o un individuo que forma parte de una población de interés para la Reserva Humanitaria del Mecanismo COVAX en una economía que puede optar al CAM? 		
2. ¿Le fue administrada a usted (o a la persona que representa) una vacuna contra la Covid-19 recibida a través del Mecanismo COVAX en una economía que puede optar al CAM?		
3. <i>Si su Solicitud se refiere a una discapacidad permanente, ¿esperó al menos 30 días</i> tras la administración de la dosis de la Vacuna que se considera que ha provocado la Lesión antes de empezar a completar el formulario de Solicitud ?		
4. <i>Si su Solicitud se refiere a una discapacidad permanente, ¿esperó al menos 30 días</i> tras la administración de la dosis de la Vacuna que se considera que ha provocado la Lesión antes de solicitar a un Profesional Sanitario Colegiado que completara el formulario de Pruebas Justificativas y/o antes de recopilar los documentos complementarios detallados en la pregunta número 11?		
5. ¿Ha cumplimentado y está enviando su formulario de Solicitud en inglés, francés o español únicamente (esto es, en <u>ningún</u> otro idioma)?		
6. ¿Ha completado todas las secciones/preguntas del formulario de Solicitud , aportando todos los datos posibles, incluidos los relativos a la Vacuna administrada?		
7. ¿Ha escrito su nombre completo, firmado y fechado la sección 14 del formulario de Solicitud ?		
8. ¿Solicitó a uno o varios Profesionales Sanitarios Colegiados que completaran el formulario de Pruebas Justificativas en inglés, francés o español únicamente (esto es, en <u>ningún</u> otro idioma)?		
9. ¿Está presentando el formulario de Pruebas Justificativas ? <ul style="list-style-type: none"> • al mismo tiempo que (junto con) su formulario de Solicitud; <u>y</u> • en inglés, francés o español únicamente (esto es, en <u>ningún</u> otro idioma)? 		
10. ¿Escribieron su nombre completo, firmaron y fecharon el formulario de Pruebas Justificativas (al final del formulario) cada uno de los Profesionales Sanitarios Colegiados que rellenaron dicho formulario?		
11. ¿Está presentando los siguientes documentos complementarios en cualquier idioma al mismo tiempo que (es decir, junto con) su formulario de Solicitud y su formulario de Pruebas Justificativas ?:		

ACCIÓN	✓ SÍ	X NO
<ul style="list-style-type: none"> • Facturas, recibos u otras pruebas que acrediten el pago de gastos médicos (incluidos los gastos hospitalarios) generados por la Lesión que motiva la Solicitud; y • Si está presentando la Solicitud en nombre de un Paciente fallecido, o bien es un niño, está incapacitado o carece de la capacidad jurídica necesaria para presentar una Solicitud: un poder notarial o una declaración notariada por un Notario que cumpla los requisitos que figuran en la sección 8 c) del formulario de Solicitud. 		
<p>12. ¿Está presentando la Solicitud completa (que debe incluir i) el formulario de Solicitud, ii) el formulario de Pruebas Justificativas y iii) los documentos complementarios enumerados en la pregunta núm. 11) al administrador del Programa procediendo de alguna de las siguientes maneras?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentando su formulario de Solicitud en línea en el portal web del Programa (https://covaxclaims.com/es/instrucciones-de-solicitud-en-linea/) y también cargando su formulario de Pruebas Justificativas y sus documentos complementarios en el portal web del Programa (https://covaxclaims.com/es/presentacion-en-linea-de-los-anexos-de-la-solicitud/); • Enviando la Solicitud completa por correo electrónico a covaxclaims@esis.com , o • Enviando la Solicitud completa por correo postal a uno de los centros regionales del Programa (véase el anexo 1 adjunto al formulario de Solicitud) 		
<p>13. ¿Ha presentado la solicitud completa antes del final del Período de Notificación válido en su caso (de conformidad con lo dispuesto en la sección 2 t) del Protocolo del Programa y las Preguntas Frecuentes)?</p>		

[UNA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD MÁS DETALLADA SIGUE EN LA SIGUIENTE PÁGINA]

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LAS SOLICITUDES QUE SE PRESENTEN EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DEL COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL COMPROMISO ANTICIPADO DE MERCADO (CAM)

1. INTRODUCCIÓN

El propósito de la presente lista de verificación es ayudarle a presentar su Solicitud en el marco del Programa de Compensación sin Culpa del COVAX para las Economías que pueden optar al CAM («el Programa»). Obsérvese que es importante marcar todas las casillas de la presente lista de verificación para evitar el rechazo de su Solicitud o demoras en su examen. Sin embargo, el hecho de marcar todas las casillas no significa automáticamente que su Solicitud sea una Reclamación Admisible.

Si usted (o una persona en cuyo nombre tiene derecho a actuar) ha sufrido una Lesión después de la administración de una Vacuna contra la COVID-19 adquirida o distribuida a través del Mecanismo COVAX, usted (o la persona en cuyo nombre tiene derecho a actuar) puede tener derecho a recibir una compensación en virtud del Programa.

Los términos que figuran en mayúsculas en la presente lista de verificación tienen el significado que se les da en el Protocolo del Programa. Lea atentamente el [Protocolo del Programa](#) y las [Preguntas Frecuentes](#) detalladas para obtener más información sobre el Programa, especialmente sobre quién puede optar a una compensación.

Podrá solicitar una compensación en el marco del Programa por cualquiera de los medios siguientes:

- cargando su Solicitud en el portal web del Programa en <https://covaxclaims.com/es/instrucciones-de-solicitud-en-linea/>;
- enviando su Solicitud por correo electrónico a covaxclaims@esis.com, o
- enviando su Solicitud por correo ordinario a uno de los Centros Regionales del Programa, cuyas direcciones figuran en el anexo 1 adjunto al formulario de Solicitud, y que también están disponibles pulsando en «[Contáctenos](#)», en el portal web del Programa.

Su Solicitud de compensación en el marco del Programa **deberá incluir**:

- el [formulario de Solicitud](#) (apéndice 2 del Protocolo del Programa),
- el [formulario de Pruebas Justificativas](#) (apéndice 3 del Protocolo del Programa), y
- los documentos complementarios, como se detalla en la sección D *infra*.

Usted dispone de tiempo suficiente para presentar su Solicitud. **Por lo tanto, tómese el tiempo necesario para que su Solicitud sea lo más completa posible antes de presentarla.** Obsérvese que una omisión o un retraso en presentar **todos** los documentos mencionados *supra* puede dar lugar a demoras en el examen de su Solicitud y/o a su rechazo.

2. LISTA DE VERIFICACIÓN

A) ¿Ha comprobado debidamente si usted (o la persona en cuyo nombre tiene derecho a actuar) puede optar a una compensación en el marco del Programa?

- ✓ ¿Es usted (o la persona en cuyo nombre tiene derecho a actuar) un ciudadano, un residente o una persona de las poblaciones atendidas por la reserva humanitaria del Mecanismo COVAX, en una economía que puede optar al CAM?
- ✓ ¿Ha recibido usted (o la persona en cuyo nombre tiene derecho a actuar) una Vacuna contra la COVID-19 en una economía que puede optar al CAM?
- ✓ ¿Ha comprobado y confirmado que usted (o la persona en cuyo nombre tiene derecho a actuar) ha recibido una Vacuna contra la COVID-19 entregada a través del Mecanismo COVAX y que se define como «Vacuna» en el Protocolo del Programa?

- ✓ ¿Ha sufrido usted (o la persona en cuyo nombre tiene derecho a actuar) una Lesión (como se define en el Protocolo del Programa) que, en la opinión de un Profesional Sanitario Colegiado, se considera una consecuencia de la Vacuna que se le administró a usted (o a la que usted representa)?

B) Periodo de espera de 30 días

- ✓ *En caso de que su Solicitud se refiera a una discapacidad permanente, ¿ha esperado 30 días después de la administración de la dosis de la Vacuna que se considera que ha provocado la Lesión (a usted o a la persona en cuyo nombre usted cumplimenta la Solicitud, según el caso), antes de empezar a cumplimentar el formulario de Solicitud?*
- ✓ *En caso de que su Solicitud se refiera a una discapacidad permanente, ¿ha esperado 30 días después de la administración de la dosis de la Vacuna que se considera que ha provocado la Lesión (a usted o a la persona en cuyo nombre usted cumplimenta la Solicitud, según el caso), antes de pedir a un Profesional Sanitario Colegiado que cumplimente el formulario de Pruebas Justificativas y/o que recoja los documentos complementarios como se detalla en la sección D?*

Nota: Si aún no han transcurrido los 30 días, **no** cumplimente el formulario de Solicitud, ni pida a un Profesional Sanitario Colegiado que cumplimente el formulario de Pruebas Justificativas, ni recoja sus documentos complementarios. Dispone de tiempo suficiente para presentar su Solicitud. Por lo tanto, espere a que transcurran los 30 días antes de adoptar esas medidas.

Nota: El período de espera de 30 días no se aplica si su Solicitud se refiere a un fallecimiento.

C) Formulario de Solicitud (apéndice 2 del Protocolo del Programa),

- ✓ ¿Presentará su formulario de Solicitud en:
 - español
 - francés, o
 - inglés?

Nota: El formulario de Solicitud deberá cumplimentarse solo en español, francés o inglés. Si se cumplimenta y/o presenta en cualquier otro idioma, no podrá aceptarse ni examinarse.

- ✓ ¿Ha cumplimentado **todas** las secciones/preguntas del formulario de Solicitud aportando el mayor número de detalles posible?
- ✓ ¿Ha introducido su nombre completo, la fecha y ha firmado la sección 14 del formulario de Solicitud?

Nota: Si no *i)* cumplimenta todas las secciones del formulario de Solicitud, y no *ii)* firma e introduce la fecha y su nombre completo en los espacios previstos de la sección 14 del formulario de Solicitud, se rechazará su Solicitud o se demorará su tramitación.

D) Formulario de Pruebas Justificativas (apéndice 3 del Protocolo del Programa)

- ✓ ¿Se ha cumplimentado el formulario de Pruebas Justificativas en:
 - español
 - francés, o
 - inglés?

Nota: El formulario de Pruebas Justificativas deberá cumplimentarse solo en español, francés o inglés. Si se cumplimenta y/o presenta en cualquier otro idioma, no se podrá aceptar ni examinar.

- ✓ El formulario de Pruebas Justificativas es necesario para aportar las pruebas médicas que se exigen en apoyo de su Solicitud. El formulario de Pruebas Justificativas **deberá** proporcionarse junto con su formulario de Solicitud. ¿Presenta su formulario de Solicitud junto con el formulario de Pruebas Justificativas?
- ✓ ¿Ha cumplimentado, firmado y fechado el presente formulario de Pruebas Justificativas al menos un Profesional Sanitario Colegiado?

Nota: No cumplimente usted mismo el formulario de Pruebas Justificativas.

- ✓ Si el presente formulario de Pruebas Justificativas ha sido cumplimentado por más de un Profesional Sanitario Colegiado, ¿ha introducido cada uno de ellos su nombre, la fecha y su firma en dicho formulario?

Nota: Si el/los Profesional(es) Sanitario(s) Colegiado(s): *i)* no cumplimenta(n) todas las secciones/preguntas del presente formulario de Pruebas Justificativas, o *ii)* no firma(n) e introduce(n) la fecha y su(s) nombre(s) completo(s) en el presente formulario de Pruebas Justificativas, se rechazará su Solicitud o se demorará su tramitación.

E) Documentos complementarios

- ✓ ¿Ha presentado los siguientes documentos junto con el formulario de Solicitud?
 - Facturas, recibos u otros justificantes de pago de cualquier gasto médico (incluidos los gastos de hospitalización) realizado como consecuencia de la Lesión por la que se presenta esta Solicitud;
 - Si presenta la Solicitud en nombre de una persona para la que está facultado a actuar, un poder notarial o una declaración certificada ante un oficial de notaría que confirme que usted es el representante legal debidamente autorizado de la persona en cuyo nombre presenta la Solicitud.

Nota: Si no se presentan estos documentos complementarios junto con su formulario de Solicitud, se rechazará su Solicitud o se demorará su tramitación. Para más información, consulte la [sección 8 del formulario de Solicitud](#).

Nota: Si los documentos complementarios no están disponibles en español, francés o inglés, podrá presentarlos en cualquier otro idioma.

F) Plazo de presentación de la Solicitud (incluidos el formulario de Solicitud, el formulario de Pruebas Justificativas y los documentos complementarios)

- ✓ ¿Ha presentado *i)* el formulario de Solicitud, *ii)* el formulario de Pruebas Justificativas, *iii)* los documentos complementarios mencionados en la sección D *supra*, antes de que finalice el Periodo de notificación aplicable (como se describe en el apartado t) de la sección 2 del Protocolo)? Para más información sobre el Periodo de notificación aplicable, consulte las [Preguntas Frecuentes](#) detalladas.

Nota: Si la Solicitud, junto con todos los documentos mencionados *supra*, se presenta después del vencimiento del Periodo de notificación aplicable, no se podrá aceptar ni examinar y se rechazará.

Preguntas

¿Tiene alguna pregunta? En caso afirmativo, póngase en contacto con el Administrador del Programa por correo electrónico en covaxclaims@esis.com, antes de presentar su Solicitud.

* * * * *