

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LAS SOLICITUDES AL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN SIN CULPA DE COVAX PARA LAS ECONOMÍAS QUE PUEDEN OPTAR AL AMC
(versión del 8 diciembre 2023)**

Esta lista de verificación es para ayudarle a presentar sus documentos de Solicitud completos al Programa de compensación sin culpa de COVAX para las economías que pueden optar al AMC («el Programa»). **Por favor, tómese su tiempo para asegurarse de que sus documentos de Solicitud estén lo más completos posible antes de enviarlos.**

Tenga en cuenta que las Solicitudes deben presentarse antes del final del Período de notificación aplicable a usted. Si necesita ayuda para determinar el Período de notificación aplicable a usted, por favor póngase en contacto con los Centros Regionales del Programa por teléfono, correo electrónico o correo postal, o contacte al Administrador del Programa por correo electrónico a: covaxclaims@esis.com. Además, tenga en cuenta que en ningún caso se aceptarán Solicitudes después del **30 de junio de 2027**.

Tenga en cuenta también que el Programa solo cubre las vacunas contra el COVID-19 distribuidas por COVAX (como se describe en la Sección 2(z) del Protocolo del Programa) que se administran en las economías que pueden optar al AMC. Para saber cuáles son las economías que pueden optar al AMC cubiertas por el Programa, consulte la lista que en la Pregunta 5 de las Preguntas frecuentes del Programa (disponible en www.covaxclaims.com/es/preguntas-frecuentes/).

Para el significado de los términos en mayúsculas utilizados en esta lista de verificación, consulte las Definiciones del Programa, disponibles en: www.covaxclaims.com/es/formularios-y-otros-documentos-del-programa-imprimibles/.

Para obtener más información sobre el Programa, incluyendo quién es elegible para solicitar una compensación, puede consultar el [Protocolo del Programa](#) y las [Preguntas Frecuentes](#) (disponibles en www.covaxclaims.com)

Marcar «Sí» en todas las casillas de esta lista de verificación es importante para evitar que su Solicitud sea rechazada o retrasada. Sin embargo, marcar «Sí» en todas las casillas no significa automáticamente que usted (o la persona a la que representa) será elegible para recibir, o recibirá, una compensación bajo el Programa. Para ello, es necesario cumplir una serie de requisitos descritos en el Protocolo del Programa.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con los Centros Regionales del Programa por teléfono, correo electrónico o correo postal, o contacte al Administrador del Programa por correo electrónico a: covaxclaims@esis.com, antes de enviar sus documentos de Solicitud.

ACCIÓN	✓ Sí
1. ¿Es usted (o la persona a la que usted representa es): <ul style="list-style-type: none"> • Ciudadano de una economía que puede optar al Compromiso Anticipado de Mercado de COVAX (AMC); <u>o</u> • residente en una economía que puede optar al AMC; <u>o</u> • un individuo que forma parte de una población de interés¹ para la Reserva Humanitaria del Mecanismo COVAX en una economía que puede optar al AMC? 	
2. ¿Incluye su Solicitud el nombre y el número de lote/partida de la dosis de la Vacuna que usted considera que provocó la Lesión?	
3. <i>Si su Solicitud está relacionada con una discapacidad, ¿esperó al menos 30 días tras la administración de la dosis de la Vacuna que usted considera que provocó la Lesión, antes de empezar a completar el formulario de Solicitud?</i> <i>Si su Solicitud está relacionada con la muerte, esta pregunta no se aplica a usted, y puede proceder a la pregunta 5.</i>	
4. <i>Si su Solicitud está relacionada con una discapacidad, ¿esperó al menos 30 días tras la administración de la dosis de la Vacuna que se considera que provocó la Lesión, antes de:</i>	

¹ Entre las poblaciones de interés en situaciones humanitarias pueden figurar las que viven bajo el control asimilable al de un Estado de grupos armados no estatales, las poblaciones en situaciones de conflicto, las afectadas por emergencias humanitarias o las que necesitan asistencia humanitaria, incluidos, entre otros, los refugiados, los solicitantes de asilo, los apátridas, los desplazados internos, las minorías, los detenidos y los migrantes vulnerables, independientemente de su estatuto jurídica.

ACCIÓN	✓ SÍ
(a) solicitar a uno o varios Profesionales Sanitarios Colegiados que completara el formulario de Pruebas Justificativas ; y (b) recopilar los documentos complementarios detallados en la pregunta número 11? <i>Si su Solicitud está relacionada con la muerte, esta pregunta no se aplica a usted, y puede proceder a la pregunta 5.</i>	
5. ¿Ha completado su formulario de Solicitud en inglés, francés o español únicamente?	
6. ¿Ha completado el formulario de Solicitud tanto como sea posible, aportando tantos detalles como sea posible?	
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 completen el formulario de Pruebas Justificativas en inglés, francés o español únicamente?	
9. ¿Ha escrito cada Profesional Sanitario Colegiado que completó el formulario de Pruebas Justificativas su nombre completo, firmado y fechado el formulario de Pruebas Justificativas?	
10. ¿Está enviando su formulario de Solicitud junto con el formulario de Pruebas Justificativas?	
11. ¿Está presentando los siguientes documentos complementarios junto con su formulario de Solicitud y su formulario de Pruebas Justificativas?: <ul style="list-style-type: none"> • Los documentos que deben presentar los Profesionales Sanitarios Colegiados junto con el formulario de Pruebas Justificativas; y • <i>Si está presentando la Solicitud en nombre de un Paciente que ha fallecido, o que es un menor, o que 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 (b) del formulario de Solicitud.</i> <p>Tenga en cuenta que los documentos enumerados anteriormente se pueden presentar en cualquier idioma, y no es necesario presentarlos en inglés, francés o español.</p>	

[FIN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LOS SOLICITANTES]