

LISTE DE CONTRÔLE (CHECKLIST) POUR LES DEMANDES 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

(version du 8 décembre 2023)

Cette liste de contrôle a pour objectif de vous aider à soumettre les documents composant votre Demande 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 (« le Programme »). **Veillez s’il-vous-plaît vous assurer que les documents composant votre Demande soient aussi complets que possible avant de les soumettre.**

Veillez noter que les Demandes doivent être soumises avant la fin de la Période de référence qui s’applique à votre situation. Si vous avez besoin d’aide pour déterminer quelle Période de référence s’applique à votre situation, veuillez contacter les centres régionaux du Programme par téléphone, courrier électronique ou courrier ou contacter l’Administrateur du Programme par courrier électronique à l’adresse covaxclaims@esis.com. De plus, veuillez noter que les Demandes ne seront en aucun cas acceptées **après le 30 juin 2027**.

Veillez également noter que le Programme ne couvre que les vaccins contre la COVID-19 distribués via le mécanisme COVAX (tel que décrit à la Section 2(z) du Protocole du Programme) et administrés dans les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX. Pour découvrir quelles sont 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 (FAQs) du Programme (disponibles à www.covaxclaims.com).

Pour la signification des termes en majuscule utilisés dans cette liste, veuillez consulter les Définitions du Programme, disponibles à www.covaxclaims.com.

Pour plus d’informations sur le Programme, y compris pour savoir qui remplit les conditions pour demander une compensation, vous pouvez consulter le [Protocole du Programme](#) et les [Questions fréquemment posées](#) (disponibles à www.covaxclaims.com).

Il est important de cocher toutes les cases « OUI » de la liste pour éviter que votre Demande ne soit rejetée ou retardée. Toutefois, le fait de cocher toutes les cases « OUI » ne signifie pas automatiquement que vous (ou la personne que vous représentez) serez éligible, ou obtiendrez, une compensation au titre du Programme. Plusieurs conditions doivent être remplies pour cela, tel que décrit dans le Protocole relatif au Programme.

Pour toute question, veuillez contacter les [centres régionaux du Programme](#) par téléphone, courrier électronique ou courrier l’Administrateur du Programme par courrier électronique à l’adresse covaxclaims@esis.com avant de déposer votre dossier de Demande.

ACTION	✓ OUI
1. Êtes-vous (ou la personne que vous représentez est-elle) : <ul style="list-style-type: none">• un ressortissant d’une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ; <u>ou</u>• un résident d’une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ; <u>ou</u>	

ACTION	✓ OUI
<ul style="list-style-type: none"> une personne faisant partie de l'une des populations¹ visées par le stock tampon de vaccins à usage humanitaire du COVAX dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ? 	
2. Votre Demande comprend-elle le nom et le numéro de lot de la dose du Vaccin réputée être à l'origine du Dommage ?	
3. <i>Si votre Demande porte sur une invalidité</i> , avez-vous attendu au moins 30 jours après l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage avant de commencer à remplir le Formulaire de Demande ? <i>Si votre Demande porte sur un décès</i> , cette question ne s'applique pas à votre situation et vous pouvez passer à la question 5.	
4. <i>Si votre Demande porte sur une invalidité</i> , avez-vous attendu au moins 30 jours après l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage avant de : (a) demander à un ou des Professionnel(s) de santé agréé(s) de remplir le Formulaire relatif aux Pièces justificatives et (b) de réunir les documents supplémentaires indiqués à la question n° 11 ci-dessous ? <i>Si votre Demande porte sur un décès</i> , cette question ne s'applique pas à votre situation et vous pouvez passer à la question 5.	
5. Avez-vous rempli votre Formulaire de Demande en anglais, en français ou en espagnol uniquement ?	
6. Avez-vous complété autant que possible le Formulaire de Demande, en donnant autant de précisions que possible ?	
7. Avez-vous indiqué votre nom complet, signé et daté à la section 14 du Formulaire de Demande ?	
8. Avez-vous demandé à/aux Professionnel(s) de santé agréé(s) de remplir le Formulaire relatif aux Pièces justificatives en anglais, en français ou en espagnol uniquement ?	
9. Chaque Professionnel de santé agréé qui a rempli le Formulaire relatif aux Pièces justificatives a-t-il indiqué son nom complet, signé et daté à la fin le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ?	
10. Déposez-vous le Formulaire de Demande avec le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ?	
11. Déposez-vous les documents supplémentaires suivants avec le Formulaire de Demande et le Formulaire relatif aux Pièces justificatives : <ul style="list-style-type: none"> Les documents qui devraient être fournis par le(s) Professionnel(s) de santé agréé(s) avec le Formulaire relatif aux Pièces justificatives ; et <i>Si vous déposez la Demande au nom d'un Patient qui est décédé, est un enfant, est handicapé ou qui n'a pas la capacité juridique de déposer une Demande</i> : une procuration ou une déclaration devant un Notaire agréé conforme aux exigences détaillées à la Section 8(b) du Formulaire de Demande. <p>Veuillez noter que les documents énumérés ci-dessus peuvent être soumis dans n'importe quelle langue et n'ont pas besoin d'être soumis en anglais, en français ou en espagnol.</p>	

[FIN DE LA LISTE DE CONTRÔLE POUR LES DEPOSANTS]

¹ Les populations en difficulté dans les contextes humanitaires peuvent inclure les personnes vivant sous le contrôle, assimilable à celui d'un Etat, de groupes armés non étatiques, les populations en situation de conflit, les personnes touchées par des urgences humanitaires ou celles qui nécessitent une aide humanitaire, y compris, sans s'y limiter, les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes apatrides, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les minorités, les détenus et les migrants vulnérables, quel que soit leur statut juridique.