

**ANNEXE 4 AU  
PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION  
SANS FAUTE DE L'AVAT**

**FORMULAIRE D'APPEL RELATIF À UNE DEMANDE  
DE COMPENSATION REJETEE JUGÉE IRRECEVABLE DÉPOSÉE  
DANS LE PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE DE L' AVAT**

**REMARQUE DE L'ADMINISTRATEUR :** Veuillez Annexer les Coordonnées des Centres régionaux du Programme à l'Annexe 2 du présent Formulaire d'appel. Veuillez remarquer que l'Annexe 1 (Aperçu de la « Suite de la procédure ») de ce Formulaire d'appel est déjà intégrée à la fin dudit document.

**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.avatclaims.com](http://www.avatclaims.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 au début du Programme, et ensuite en français ou portugais. 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. Le refus : (i) de remplir toutes les Sections ou (ii) de signer, dater et insérer votre nom complet entraînera 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 soumis 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.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com) ;
  - par courriel à [avatclaims@esis.com](mailto:avatclaims@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.avatclaims.com](http://www.avatclaims.com).
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.avatclaims.com](http://www.avatclaims.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.

## FORMULAIRE D'APPEL RELATIF À UNE DEMANDE DE COMPENSATION REJETÉE

### Section A - Renseignements concernant le Patient

Veillez 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 :  Numéro WhatsApp, s'il y a lieu :	Adresse de courriel, s'il y a lieu :
Date de naissance (jour/mois/année) :	Lieu de naissance :	Genre :

### Section B - Coordonnées du représentant légal habilité à 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/elle-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/elle-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/elle-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 :
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 :  Numéro WhatsApp, 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 essentiels 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 :	Numéro de la demande :
Date (jour/mois/année) de la Demande :	Date (jour/mois/année) de la Demande :

### Section D - Motifs de l'appel

Avec 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 – Confirmations du Demandeur

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.

**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 : \_\_\_\_\_

**[FIN DU FORMULAIRE D'APPEL RELATIF À UNE DEMANDE DE COMPENSATION  
REJETÉE]**

## **ANNEXE 1**

### **AU FORMULAIRE D'APPEL RELATIF À UNE DEMANDE DE COMPENSATION REJETÉE**

#### **APERÇU DE LA SUITE DE LA PROCÉDURE**

***Quelles sont les suites réservées au présent Formulaire d'appel relatif à une Demande rejetée a été dûment rempli et transmis ?***

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.

La décision du Vice-Président de l'Administrateur chargé du conseil en matière de risques est définitive et non susceptible de recours.