

ANNEXE 5
AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME
DE COMPENSATION SANS FAUTE DE L'AVAT

FORMULAIRE D'APPEL
RELATIF A UNE DEMANDE DE COMPENSATION REJETÉE
DU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE DE L'AVAT

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS ET INSTRUCTIONS QUI
SUIVENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE :

1. **Quand utiliser ce Formulaire** : Veuillez utiliser le présent Formulaire de Notification d'appel uniquement si vous faites appel du rejet d'une Demande jugée recevable. Si vous faites appel du rejet d'une Demande au motif qu'elle ne constitue pas une Demande recevable dans le cadre du Programme, (1) n'utilisez pas ce Formulaire et (2) veuillez utiliser le Formulaire de Notification d'appel du rejet d'une Demande jugée irrecevable disponible sur www.avatclaims.com. Prière de consulter les Sections 6 et 8 du Protocole relatif au programme pour plus d'informations concernant la procédure de recours applicable en cas de rejet d'une Demande jugée recevable.
2. **Langues admises** : Le présent Formulaire doit être rempli et soumis en anglais au début du Programme, puis ensuite en français ou portugais. Les Formulaires remplis ou soumis dans une autre langue ne pourront être acceptés ou pris en considération. Toutefois, les pièces justificatives supplémentaires qui peuvent jointes au présent Formulaire de Notification d'appel (voir paragraphe 6 ci-dessous) peuvent, si elles ne sont pas disponibles en anglais au début du Programme, ou ensuite en français ou portugais, être soumises dans une autre langue.
3. **Comment remplir ce Formulaire** : Vous devez remplir toutes les Sections et répondre à toutes les questions contenues dans le 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 G du présent Formulaire, avant de l'envoyer à l'Administrateur.
5. Le refus de : (i) de remplir toutes les Sections ou (ii) de signer, dater et insérer votre nom complet dans le présent Formulaire entrainera son rejet ou des retards dans son traitement.
6. **L'ajout de pièces justificatives autorisé** : Le présent Formulaire de Notification d'appel doit être accompagné de tout document ou renseignement supplémentaire que vous souhaitez que la Commission d'appel prenne en considération. Ces documents ou renseignements supplémentaires peuvent inclure, par exemple : a) des copies de tous les rapports médicaux ou autres pièces justificatives qui n'ont pas été fournis avec le Formulaire de demande ; et/ou b) des copies de tous les reçus ou autres preuves des frais médicaux engagés, y compris les frais hospitaliers, qui n'ont pas été fournis avec le Formulaire de demande.

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 par l'Administrateur du rejet de la Demande. 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 présent Formulaire de Notification d'appel dûment rempli, signé et daté, il doit être envoyé (ainsi que toute pièce justificative supplémentaire) à l'Administrateur du programme :
- via le portail web du programme, à l'adresse : www.avatclaims.com ;
 - par courriel à 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.
9. **Définitions** : Les termes commençant par une majuscule qui sont employés dans le présent Formulaire de Notification d'appel sans y être définis ont la signification qui leur est donnée dans le Protocole du programme, disponible à l'adresse : www.avatclaims.com.
10. **Que va-t-il se passer ensuite ?** Veuillez consulter l'Annexe 1 au présent Formulaire de Notification d'appel pour un bref aperçu de « ce qui va se passer » une fois que le présent Formulaire de Notification d'appel dûment rempli, signé et daté aura été envoyé à l'Administrateur du programme dans les délais impartis.

FORMULAIRE D'APPEL RELATIF AU REFUS D'UNE DEMANDE JUGÉE RECEVABLE

Section A - Renseignements concernant le Patient

Veillez insérer ci-dessous les renseignements demandés concernant le Patient.

Les renseignements figurant dans cette Section A doivent être les mêmes que ceux indiqués 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 : | Sexe : |

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/elle-même le présent Formulaire de Notification d'appel ; ou c) est un enfant ; ou d) n'a pas la capacité juridique, pour quelque motif que ce soit, de soumettre lui-même/elle-même le présent Formulaire, celui-ci doit être soumis par la personne ayant le pouvoir légal de le représenter.

Dans tous les cas, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées de la personne autorisée à déposer le présent Formulaire au nom du Patient.

INFORMATIONS/INSTRUCTIONS IMPORTANTES :

1. Les renseignements figurant dans cette Section B doivent être les mêmes que ceux indiqués précédemment dans la Section 2 du Formulaire de demande, sauf si la personne qui a soumis la Demande au nom du Patient a changé, auquel cas la personne nouvellement désignée pour représenter le Patient doit fournir, 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 requis dans la Section 8(c) de ce même Formulaire.
2. Si la Demande a été déposée par le Patient lui-même/la Patiente elle-même, *mais que depuis lors, le Patient* : a) est décédé, ou b) est devenu invalide au point qu'il/elle 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 présent Formulaire au nom du Patient doit fournir, 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 à laquelle se rapporte le présent Formulaire. Les informations demandées dans cette Section C figurent dans la notification de rejet de la Demande communiquée 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 : | Numéro de la demande : |
| Date (jour/mois/année) de la Demande : | Date (jour/mois/année) 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 c'est à tort que votre Demande a été rejetée par la Commission d'examen. En particulier, veuillez préciser si, à votre avis :

- (i) un changement important de circonstances est intervenu depuis que la Commission d'examen a statué ; et/ou
- (ii) la décision de la Commission d'examen a été prise en méconnaissance des faits ; et/ou
- (iii) la Commission d'examen n'a pas correctement pris en compte les preuves médicales produites ; et/ou
- (iv) la Commission d'examen n'a pas fait une application correcte du critère de la Cause la plus probable, c'est-à-dire que de votre point de vue, le vaccin ou son administration est la Cause la plus probable du Préjudice allégué (selon la définition contenue dans le Protocole).

Section E - Pièces justificatives supplémentaires

Si vous souhaitez que la Commission d'appel prenne en considération des documents et/ou des renseignements supplémentaires en rapport avec le présent Formulaire de Notification d'appel, **veuillez joindre ces documents et/ou renseignements supplémentaires au présent Formulaire.**

Ces documents ou renseignements supplémentaires peuvent inclure, par exemple : a) des copies de tous les rapports médicaux ou autres pièces justificatives qui n'ont pas été fournis avec le Formulaire de demande ; et/ou b) des copies de tous les reçus ou autres preuves des frais médicaux engagés, y compris les frais hospitaliers, qui n'ont pas été fournis avec le Formulaire de demande.

Section F – Attestation et déclaration sur l'honneur

En apposant sa signature et en Demandeur le présent Formulaire de Notification d'appel, le Patient (ou la personne ayant le pouvoir légal de soumettre le présent Formulaire au nom du Patient, selon le cas) confirme l'ensemble des consentements, accords, engagements et déclarations énoncés dans les Sections 10 à 13 du Formulaire de demande et reconnaît, convient et atteste que :

- a. En cas de divergence ou d'incohérence entre la version anglaise du présent Formulaire d'avis d'appel et toute traduction de celui-ci, la version anglaise prévaut à tous égards ;
et

- b. Les déclarations, réponses, documents et renseignements contenus dans le présent Formulaire ou fournis en rapport avec celui-ci sont, à sa connaissance, sincères et exacts ; et si l'une quelconque de ces déclarations ou réponses s'avère inexacte, l'Administrateur sera fondé, le cas échéant, à transmettre le présent Formulaire aux autorités compétentes en vue de l'ouverture d'une enquête.

Section G - Signature, nom et date

Le Patient, ou la personne ayant le pouvoir légal de soumettre le présent Formulaire au nom du Patient, a signé le présent Formulaire à la date indiquée ci-dessous.

Signature : _____

Nom complet : _____

Date : _____

Lieu : _____

**[FIN DU FORMULAIRE D'APPEL RELATIF AU REFUS D'UNE DEMANDE JUGÉE
RECEVABLE]**

ANNEXE 1

AU FORMULAIRE D'APPEL RELATIF AU REFUS D'UNE DEMANDE JUGÉE RECEVABLE

Que se passe-t-il une fois que le présent Formulaire de Notification d'appel du rejet d'une Demande jugée recevable 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 jugée recevable dûment rempli, signé et daté, l'Administrateur du programme transmettra à la Commission d'appel : a) le Formulaire de Notification d'appel (ainsi que tous les documents requis dans la Section B, et toutes les pièces justificatives supplémentaires jointes au Formulaire de Notification d'appel), b) le Formulaire de demande et le Formulaire relatif aux Pièces justificatives : et c) tout renseignement ou document supplémentaire demandé par l'Administrateur et remis à ce dernier à la date de la notification du rejet de la Demande.
2. Dans les 30 jours suivant la réception des documents susmentionnés, la Commission d'appel : i) examinera le Formulaire de Notification d'appel (ainsi que les autres documents mentionnés ci-dessus), et ii) sur cette base, déterminera s'il y a lieu de confirmer la décision rejetant la Demande en question ou de l'annuler.
3. La Commission d'appel communiquera par écrit à l'Administrateur sa décision de confirmer ou d'annuler la décision rejetant la Demande (en précisant les motifs de sa décision) dès qu'elle aura statué, et en état de cause dans les 7 jours qui suivent.
4. L'Administrateur informera le Demandeur par écrit de la décision de la Commission d'appel de confirmer ou d'annuler la décision rejetant la Demande, en précisant les motifs de la décision, dès que possible après que la Commission d'appel lui a communiqué sa décision, mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent.

La décision de la Commission d'appel est définitive et non susceptible de recours.