

**ANNEXE 2 AU
PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE DEL'AVAT**

**FORMULAIRE DE DEMANDE
DE COMPENSATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS
FAUTE DE L'AVAT**

INSTRUCTIONS / INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES DEMANDEURS :

1. **Quand utiliser ce Formulaire** : Le présent Formulaire doit être utilisé si vous souhaitez demander une compensation dans le cadre du Programme au motif que vous avez subi (en tant que Patient) ou que le Patient que vous êtes dûment autorisé à représenter a subi un Préjudice à la suite de l'administration d'un Vaccin. Veuillez lire attentivement le Protocole relatif au programme et les instructions figurant dans le document « Comment soumettre une demande », disponibles sur le site web du Programme à l'adresse www.avatclaims.com, avant de déposer une Demande. Si vous avez des questions concernant le Programme, le présent Formulaire de demande ou tout autre Formulaire, veuillez contacter l'Administrateur du programme par courriel à avatclaims@esis.com.
2. **Pièces justificatives requises** : Le présent Formulaire doit être soumis accompagné du Formulaire relatif aux Pièces justificatives figurant dans l'Annexe 3 du Protocole relatif au programme.
3. **Délai de carence** : Hormis la circonstance indiquée ci-dessous, un délai de carence de 30 jours suivant l'administration du Vaccin au Patient doit être observé avant que des démarches en vue de déposer une demande de compensation dans le cadre du Programme ne soient entreprises. Par conséquent, il vous est demandé de ne pas remplir et déposer de Demande et ne pas vous procurer les Pièces justificatives requises dans l'Annexe 3 du Protocole, si moins de 30 jours se sont écoulés depuis que le Vaccin a été administré. Les Demandes déposées avant ce délai ne seront pas acceptées ou prises en considération.
 - **Exception** : Le délai de carence de 30 jours indiqué ci-dessus ne s'applique pas dans le cas où le Patient est décédé à la suite de l'administration d'un Vaccin et où ce décès est considéré par un Professionnel de santé agréé comme ayant été causé par ce vaccin ou son administration.
4. **Langues admises** : Le présent Formulaire de demande doit être rempli et soumis en anglais, français ou portugais uniquement. Les Formulaires remplis et soumis dans une autre langue ne pourront être acceptés ou pris en considération. Toutefois, les

documents requis dans la Section 8 du présent document peuvent être soumis dans une autre langue s'ils ne sont pas disponibles en anglais, en français et en portugais.

5. **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.
6. **Indication des nom, signature et date** : Vous devez inscrire votre nom complet, signer et dater dans les espaces prévus à cet effet dans la Section 14 ci-dessous. Le refus (i) de remplir toutes les sections du présent Formulaire, ou (ii) de signer, dater et inscrire votre nom complet dans les espaces prévus à la Section 14 ci-dessous entraînera le rejet de la Demande ou des retards dans son traitement
7. **Date limite de dépôt** : Le présent Formulaire (ainsi que tous les documents visés dans la Section 8 ci-dessous) et toutes les Pièces justificatives requises dans l'Annexe 3 du Protocole doivent être envoyés à l'Administrateur du programme avant la fin de la Période de référence applicable (fixée dans l'Annexe 1 du Protocole relatif au programme). Toute Demande déposée après la fin de la Période de référence applicable est susceptible de ne pas être acceptée ou prise en considération dans le cadre du Programme.
8. **Modalités de dépôt du Formulaire** : Une fois le présent Formulaire dûment complété, signé et daté, il doit être envoyé (ainsi que les documents visés dans la Section 8 ci-dessous) ainsi que les Pièces justificatives requises dans l'Annexe 3 du Protocole à l'Administrateur du programme :
 - via le portail web du programme, disponible 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 1 (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 sans y être définis ont la signification qui leur est donnée dans le Protocole relatif au programme disponible à l'adresse : www.avatclaims.com

[Suite du Formulaire de Demande à la page suivante]

1. Renseignements concernant le Patient :

Veillez fournir les renseignements suivants concernant le Patient (défini comme un individu : qui est un citoyen ou résident d'un État membre participant, qui prétend ou au sujet duquel il est prétendu qu'il a subi un Évènement indésirable grave causé par un Vaccin ou son administration, qui lui a occasionné un Préjudice).

Nom complet du Patient, y compris les éventuels seconds prénoms	
Adresse postale (y compris la ville, le code postal et le pays)	
Pays de citoyenneté	
Pays de résidence	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Lieu de naissance	
Genre	
Numéro d'assurance nationale (ou autre numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification similaire), s'il y a lieu	
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 :	

2. Coordonnées de la personne ayant le pouvoir légal de déposer la présente Demande au nom du Patient

Si vous déposez la présente Demande pour vous-même, vous êtes considéré comme le Patient et n'avez pas à remplir la Section 2 ci-dessous.

Si le Patient : a) est décédé ; ou b) est handicapé au point qu'il ne peut pas déposer lui-même une Demande ; ou c) est un enfant ; ou d) n'a pas la capacité juridique, pour quelque motif que ce soit de présenter lui-même une Demande, celle-ci doit être déposée par la personne ayant le pouvoir légal de le représenter.

Dans tous les cas susmentionnés, veuillez indiquer ci-dessous les coordonnées de la personne ayant le pouvoir légal de déposer la présente Demande au nom du Patient, ainsi que la nature de ce pouvoir et le lien qui unit cette personne et le Patient.

Nom complet, y compris les éventuels seconds prénoms, de la personne qui dépose la Demande au nom du Patient	
Adresse postale (y compris la ville, le code postal et le pays)	
Date de naissance (jour/mois/année)	
Lieu de naissance	
Numéro d'assurance nationale (ou autre numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification similaire), s'il y a lieu	
Téléphone du domicile, s'il y a lieu	
Téléphone portable, s'il y a lieu	
Adresse de courriel, s'il y a lieu :	

Relation avec le Patient	
Nature du pouvoir dont est investi la personne qui dépose la Demande au nom du Patient	
Si le Patient est décédé, préciser à quel titre cette personne est habilitée à déposer la Demande en son nom et à représenter ses héritiers légaux	

3. Confirmations par le Demandeur

Il est demandé au **Demandeur** (autrement dit, le Patient qui dépose directement la présente Demande pour lui-même, ou la personne qui dépose la Demande en son nom dans les cas décrits à la Section 2 du présent Formulaire, selon le cas) de répondre à toutes les questions qui suivent et de donner, le cas échéant, toutes les précisions nécessaires :

A. A. Le Demandeur a-t-il attendu au moins 30 jours après l'administration de la dose du Vaccin qui a provoqué le Préjudice, avant de déposer la présente Demande et de se procurer les Pièces justificatives visées dans la Section 8 du présent Formulaire ?

NOTE : La période de carence de 30 jours mentionnée ci-dessus ne s'applique pas si le Patient est décédé à la suite de l'administration d'un Vaccin et si le décès du Patient est considéré par un Professionnel de santé agréé comme ayant été causé par ce Vaccin ou son administration.

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si non, veuillez préciser :

B. Une Demande a-t-elle déjà été présentée dans le cadre du Programme au titre du Préjudice auquel la présente Demande se rapporte ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si oui, veuillez préciser :

Une compensation issue d'une autre source, (notamment, mais pas uniquement, par suite d'une décision de justice, d'une sentence arbitrale, ou d'une transaction amiable), a-t-elle déjà été versée au titre du Préjudice auquel la présente Demande se rapporte ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Si oui, veuillez préciser :

C. Le Demandeur remplit-il les conditions pour recevoir un versement d'un autre programme en compensation au titre du Préjudice auquel la présente Demande se rapporte ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Dans l'affirmative, précisez la nature et les informations relatives au versement auquel le Demandeur peut prétendre dans le cadre de tout autre programme de compensation :

D. Y a-t-il des procédures judiciaires ou des demandes de compensation en instance au titre du Préjudice visé par la présente Demande ?

Oui _____ Non _____ (cochez une seule réponse)

Dans l'affirmative, veuillez fournir de plus amples renseignements

4. Informations concernant le Vaccin administré au Patient

Le Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, la mère du Patient) a-t-il reçu l'un	
---	--

des Vaccins figurant à l' <u>Annexe 1</u> du Protocole ? ¹	
Le Vaccin a-t-il été administré au Patient : dans le cadre du dispositif AVAT ?	
Quel est le nom du Vaccin ?	
Numéro(s) de lot de la (des) dose(s) du Vaccin fourni par le(s) Vaccinateur(s) (personne ou établissement/organisation) qui a administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient	
Nom(s) du(des) vaccinateur(s) (personne ou établissement/organisation) qui a administré les doses du Vaccin au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient	
Lieu/adresse précise où le Vaccin a été administré au Patient ou, en cas d'anomalies congénitales, à la mère du Patient	
Date(s) (jour/mois/année) à laquelle les doses du Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient	

¹ Veuillez consulter la liste des Vaccins figurant à l'Annexe 1 du Protocole disponible sur le site web du Programme à l'adresse : www.avatclaims.com

5. Informations concernant les autres médicaments/vaccins administrés, dans la mesure où ils sont connus :

(a) Veuillez énumérer tous les médicaments pris par le Patient et/ou tout autre vaccin qui lui a été administré après l'administration de la (des) dose(s) du Vaccin et/ou pendant la période de six semaines précédant l'administration de chaque dose du Vaccin :	
---	--

(b) En cas de malformations congénitales, veuillez énumérer les médicaments pris par la mère du Patient et/ou les autres vaccins qui lui ont été administrés pendant la grossesse et/ou six semaines avant le début de la grossesse :

--

6. Informations concernant les traitements médicamenteux de longue durée prescrits antérieurement, dans la mesure où ils sont connus.

Veuillez énumérer tous les médicaments non décrits ci-dessus qui ont été pris par le Patient pendant une période consécutive de plus de 3 semaines, au cours des 24 mois précédant l'administration de chaque dose du Vaccin :

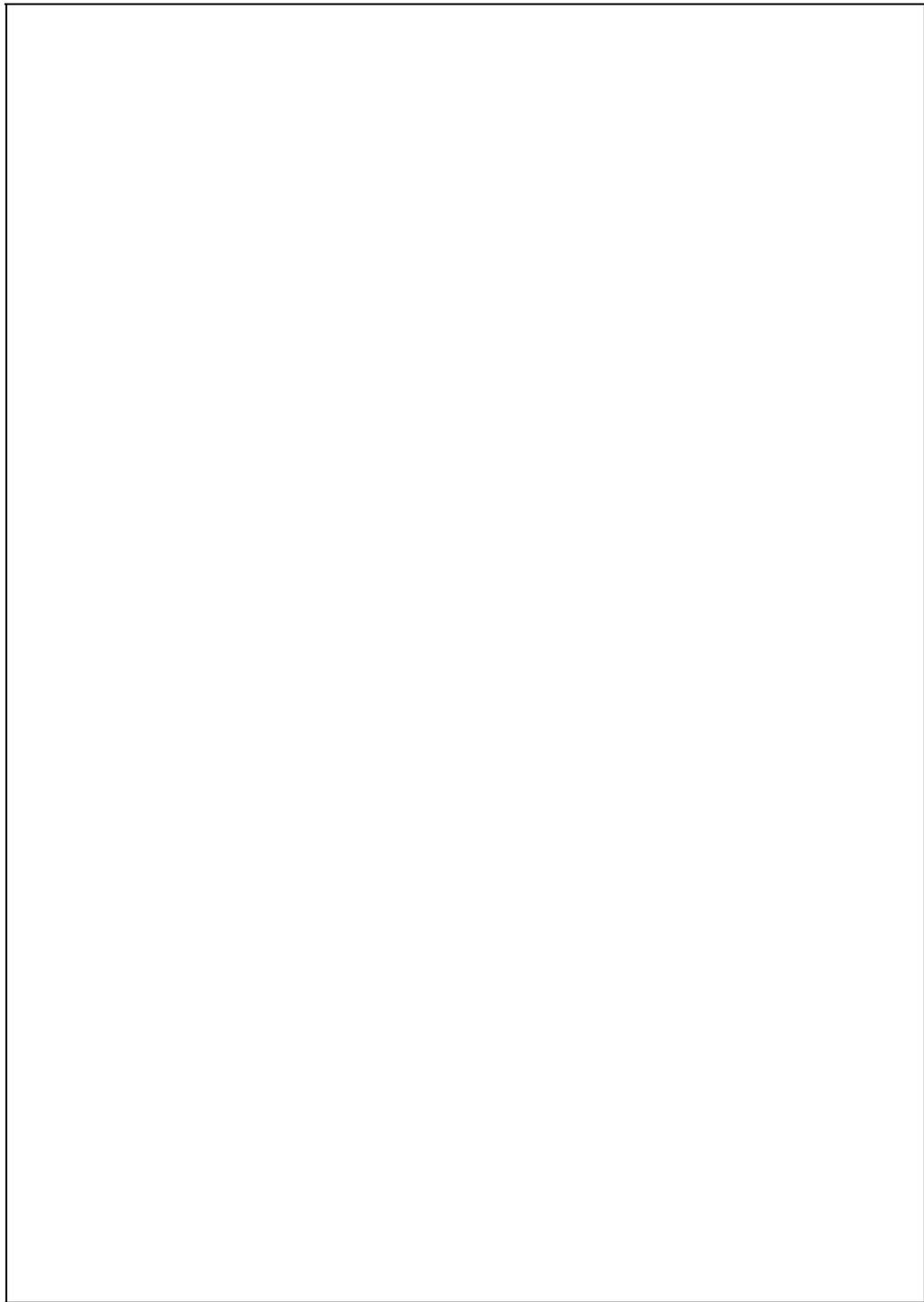
--

7. Décrivez ce qui s'est passé après que la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Veuillez être aussi précis et complet que possible.

[Espace pour la réponse au verso]

Dans l'espace prévu ci-dessous, veuillez décrire dans vos propres mots ce qui s'est passé après que la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Veuillez préciser :

- (i) la nature du préjudice ou de la pathologie dont a souffert le Patient à laquelle la présente Demande se rapporte
- (ii) la ou les dates auxquelles les premiers symptômes sont apparus
- (iii) la nature des symptômes
- (iv) ce qui, selon vous, a provoqué le préjudice ou la pathologie dont a souffert le Patient à laquelle la présente Demande se rapporte
- (v) si le Patient a déjà souffert d'un préjudice ou d'une pathologie similaire par le passé (ou dans le cas de malformations congénitales, si la mère du Patient a eu un autre enfant à naître ou nouveau-né souffrant d'un préjudice ou d'une maladie congénitale à la naissance) et, dans l'affirmative, veuillez fournir des indications complémentaires, y compris les dates ; et
- (vi) si vous connaissez un membre de la famille proche du Patient, notamment un frère, une soeur, un parent, un enfant, une tante, un oncle ou un cousin au premier degré, qui a déjà souffert d'un préjudice ou d'une pathologie similaire et, dans l'affirmative, quel membre de la famille proche et le type de préjudice ou de pathologie similaire dont il a souffert.



8. Documents supplémentaires à joindre à la présente Demande

Les documents qui suivent doivent être envoyés par le Demandeur en même temps que le présent Formulaire de Demande de compensation. À défaut, celui-ci ne sera pas considéré comme complet. Veuillez noter que l'absence d'envoi ou l'envoi en retard de TOUS ces documents peut entraîner le rejet de la Demande et/ou des retards dans son examen :

- a. Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives, joint à l'Annexe 3 du Protocole relatif au programme, dûment rempli et signé. Le Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être rempli et signé par un ou plusieurs Professionnels de santé agréés².
- b. Les factures, reçus ou autres preuves de paiement de tous les frais médicaux (y compris les frais d'hospitalisation) nécessaires au traitement du préjudice ou de la pathologie dont a souffert le Patient pour laquelle la présente Demande est déposée.
- c. Si le Patient : 1) est décédé, ou 2) est handicapé au point qu'il ne puisse pas déposer lui-même la présente Demande, ou 3) est un enfant, ou 4) n'a pas la capacité juridique pour tout autre motif de déposer lui-même la présente Demande, la personne qui dépose la Demande au nom du Patient en vertu de la Section 2 du présent Formulaire doit également fournir une procuration et/ou une déclaration reçue par un Notaire agréé ou tout autre officier public légalement autorisé à fournir des services d'authentification ou de légalisation sur le territoire où le Vaccin a été administré au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient, confirmant :
 - i. que la personne qui dépose la Demande au nom du Patient est reconnue par la loi comme étant le parent, le tuteur, l'héritier ou le représentant légal, selon le cas, du Patient ; et
 - ii. en cas de décès du Patient, que la personne qui dépose la Demande au nom du Patient : A) est le représentant dûment autorisé et légalement reconnu de tous les héritiers légaux du Patient désignés dans la procuration ou la déclaration ; et B) a tous les droits, pouvoirs et facultés nécessaires pour représenter ces héritiers légaux, agir en leur nom et les obliger ; et que C) le Patient n'a pas d'autres héritiers légaux que ceux qui sont désignés dans la procuration ou la déclaration.

²Le terme « Professionnel de santé agréé » désigne tout professionnel de santé, y compris les médecins, les chirurgiens, les infirmières, les sages-femmes, les infirmières praticiennes, les assistants médicaux, les psychiatres, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les dentistes et les pharmaciens, dûment diplômés ou légalement autorisés à exercer dans l'État membre participant dans lequel le Patient réside et a reçu le Vaccin ou, en cas de malformations congénitales, dans lequel la mère du Patient réside et a reçu le Vaccin.

9. Coordonnées des hôpitaux, des Professionnels de santé agréés et autres personnes susceptibles de fournir des informations complémentaires sur le préjudice ou la pathologie dont souffre le Patient

Dans l'espace prévu ci-dessous, veuillez indiquer les noms et coordonnées (par exemple, adresse, numéro de téléphone ou de portable, adresse de courriel) de tout tiers dont le Demandeur accepte qu'il soit contacté aux fins d'obtenir des informations complémentaires sur le préjudice ou la pathologie dont souffre le Patient pour laquelle la présente Demande est déposée. À titre d'exemple, ces tiers peuvent inclure les hôpitaux ou cliniques de soin, le Professionnel de santé agréé qui a administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient, ou qui a traité le Patient de toute autre manière, l'employeur du Patient ou l'établissement scolaire dans lequel il est inscrit, etc.

10. Consentement à la communication d'informations médicales et renonciation au secret médical et/ou professionnel

En apposant sa signature dans l'espace prévu à la Section 14 de la présente Demande, le Demandeur :

- a. consent à ce que l'Administrateur, le Vice-Président de l'Administrateur chargé du conseil en matière de risques, les membres de la Commission d'examen, les membres de la Commission d'appel et/ou toute autre personne représentant et/ou conseillant l'un d'entre eux aient accès au dossier médical ou autres dossiers concernant le Patient dans le cadre de l'examen de la Demande afin de déterminer si une compensation est due dans le cadre du Programme ; et
- b. accepte que l'Administrateur, le Vice-Président de l'Administrateur chargé du conseil en matière de risques, les membres de la Commission d'examen, les membres de la Commission d'appel et/ou toute autre personne les représentant et/ou les conseillant puissent demander à toute personne et/ou organisation mentionnée dans la présente Demande et/ou dans tout document joint à la présente Demande (notamment dans le Formulaire relatif aux Pièces justificatives) la communication de toute information nécessaire au traitement et à l'examen de la Demande ou tout recours y relatif ; et
- c. libérer toutes les personnes et organisations susmentionnées l'obligation de secret médical et/ou professionnel imposée par toute loi applicable.

11. Consentement au traitement des données à caractère personnel

En apposant sa signature dans le cadre prévu cet effet à la Section 14 du présent Formulaire, le Demandeur : (i) consent à tout traitement utile des Données à caractère personnel du Patient nominatives (y compris les Données à caractère confidentiel, telles que les données médicales), aux fins de l'administration du Programme telles que visées dans la Politique de confidentialité du Programme de compensation sans faute de l'AVAT (et dans le cas de malformations congénitales, reconnaît que toutes mesures ont été prises pour s'assurer que la mère du Patient y a consenti et le comprend, notamment, dans la mesure du possible en lisant ledit document) ; et (ii) que ces Données et documents figurant ou mentionnés dans, ou autrement annexés avec la présente Demande et/ou tout document joint ou relatif à celle-ci et/ou à tout recours ou autre procédure ultérieure qui en découle ou s'y rapporte (notamment, mais sans restriction, dans le Formulaire relatif aux Pièces justificatives) soient communiquées :

- a. aux membres de la Commission d'examen, aux membres de la Commission d'appel et/ou à toute autre personne les représentant et/ou les conseillant ;
- b. à tous les services de santé locaux et/ou toutes les agences locales chargées de l'application de la loi ou autres agences gouvernementales, à toutes les organisations intergouvernementales et toutes les institutions internationales qui peuvent être requises de temps à autre aux fins de l'application de la loi,

de la détection d'activités criminelles, de l'établissement du profil de risque des Vaccins ou dans la mesure permise par la loi de toute autre activité légitime qui peut être requise en rapport avec la Demande ou tout recours ou autre procédure qui en découle ou qui s'y rapporte ; ou

- c. dans la mesure permise par la loi à tout autre tiers désigné dans la Politique relative à la protection des données à caractère personnel dans le cadre du Programme de compensation de l'AVAT adoptée par ESIS, INC., ou par les lois applicables.

Le Demandeur comprend qu'il peut retirer son consentement à tout moment, ce qui pourrait avoir pour conséquence de rendre impossible la poursuite de l'examen de la Demande dans le cadre du programme. Le Demandeur comprend également que, dans la mesure où les Législations applicables le permettent ou l'exigent, ces Données Personnelles peuvent être traitées sur la base de certains fondements juridiques autres que le consentement, dans le cas où ce dernier est inutile, selon les dispositions décrites dans la Politique de Confidentialité de l'ESIS, Inc. relatives au Programme de compensation sans Faute du Dispositif AVAT.

12. Reconnaissances du Demandeur

En apposant sa signature dans l'espace prévu à la Section 14 de la présente Demande, le Demandeur reconnaît et convient :

- a. qu'il ou elle a lu et pleinement compris, ou a fait lire et s'est fait expliquer, les termes et conditions énoncés dans le Protocole relatif au programme et ses Annexes, disponibles à l'adresse : www.avatclaims.com. La présente Demande (ainsi que les recours ou autre procédure qui en découle ou s'y rapporte) est régie par les termes et conditions énoncés dans la Protocole relatif au programme et ses Annexes et sera examinée conformément à ceux-ci ;
- b. Pendant toute la durée du processus d'examen de la présente Demande et des recours ou autre procédure qui en découle ou s'y rapporte, le Demandeur (soit le Patient et la personne qui, le cas échéant, dépose la présente Demande au nom du Patient), s'engage à ne pas déposer ou introduire ou à faire déposer ou introduire ou à permettre à quiconque de déposer ou d'introduire, une action ou procédure de compensation ou une autre demande de compensation ou de Préjudices-intérêts à l'encontre de toute autre personne, ou personne morale (y compris toute demande déposée dans le cadre d'un autre programme de compensation) au titre du Préjudice auquel la présente Demande se rapporte. Dans le cas où une telle autre demande, action ou procédure serait portée à la connaissance de l'Administrateur, ce dernier sera fondé à rejeter automatiquement la Demande et à appliquer la Section 10 du Protocole relatif au programme.
- c. S'il est déterminé qu'une compensation doit être versée au Demandeur dans le cadre du Programme (ce qui inclut le Patient et la personne qui, le cas échéant, dépose la présente Demande en son nom) le Versement ne sera

effectué que si le Demandeur satisfait, dans les délais requis, à l'ensemble des conditions qui suivent et :

- i. renvoie à l'Administrateur l'Accord d'Exonération de Responsabilité par la poste, qui lui sera fournie par ce dernier, dûment signée, datée et authentifiée ; et
 - ii. renvoie à l'Administrateur le Formulaire relatif au choix du mode de versement par la poste, qui lui sera fourni par ce dernier, dûment rempli, daté et signé.
- d. Toute réclamation et contestation relative à la présente Demande et/ou du Protocole ou s'y rapportant (en ce qui concerne notamment leur interprétation ou leur application) doit être transmise par écrit à l'Administrateur. Après en avoir accusé réception, l'Administrateur la transmet à son Vice-Président chargé du traitement des réclamations qui l'examinera dans les 30 jours suivant sa réception. À la suite de cet examen, une réponse écrite sera envoyée par le Vice-Président de l'Administrateur chargé du traitement des réclamations au Patient, au Demandeur ou au Demandeur, selon le cas. Si le patient, le Demandeur ou le Demandeur n'est pas satisfait(e) de la décision, il ou elle a la possibilité de soumettre le dossier à un arbitrage exécutoire, selon les modalités prévues ci-dessous.
- e. Tout litige découlant de la présente Demande et/ou du Protocole ou s'y rapportant (en ce qui concerne notamment leur interprétation ou leur application) sera, à moins qu'il ne soit résolu à l'amiable, réglé par arbitrage. L'arbitrage est conduit conformément au règlement d'arbitrage de la Chambre de commerce internationale. Les parties acceptent la sentence arbitrale comme étant définitive et contraignante pour elles.
- f. En cas de divergence ou d'incohérence entre la version anglaise du présent Formulaire de demande et toute traduction, la version anglaise prévaut à tous égards.

13. Déclaration sur l'honneur

En apposant sa signature dans l'espace prévu à la Section 14 du présent Formulaire, le Demandeur : (i) certifie que les déclarations, faits et réponses énoncés dans la présente Demande et/ou dans tout document qui y est joint sont, à sa connaissance, sincères, complets et exacts ; et (ii) reconnaît et convient que :

- (a) Si, de manière frauduleuse ou non, une personne³ falsifie ou déforme une information importante ou omet de divulguer un fait important et que, en conséquence de la falsification, de la déformation ou de l'omission, un

³Au titre de la présente Section 13, le terme « personne » inclut, sans restriction, les parties suivantes : (i) le Demandeur ou la personne déposant la Demande en son nom ; (ii) l'auteur de toute information à l'appui de la présente Demande, de toute Pièce justificative ou de tout recours dans le cadre de ladite Demande, et/ou (iii) tout Officier notarial authentifiant l'Accord d'Exonération de Responsabilité, si applicable.

versement est effectué, la personne à laquelle le versement a été effectué est tenue d'en rembourser le montant à l'Administrateur ; et

- (b) Toute personne qui, dans le but d'obtenir un Versement dans le cadre du Programme, que ce soit pour elle-même ou pour une autre personne : 1) fait sciemment une fausse déclaration ou assertion, ou 2) produit ou communique, ou fait produire ou permet sciemment la production ou la communication de tout document ou renseignement dont elle sait qu'il ou elle est faux s'agissant d'un aspect essentiel, commet une infraction punissable de la peine prévue par la loi dans le pays concerné.

14. Signature, nom et date

Le **Demandeur** (c'est-à-dire le Patient ou la personne Demandeur la présente Demande au nom du Patient, selon le cas) a signé le présent Formulaire à la date indiquée ci-dessous :

Nom complet : _____

Signature : _____

Date : _____

Lieu : _____

Annexes :

Annexe 1 - Coordonnées des centres régionaux du Programme (ci-joint)

Annexe 1

Coordonnées des centres régionaux du programme

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone(*) direct (à coût réduit) du centre régional du Programme où vous pouvez :

- contacter l'administrateur du Programme si vous avez des questions sur le Programme ou avez besoin d'aide pour remplir ou soumettre un formulaire de demande ou d'autres formulaires du Programme ; et

- soumettre à l'Administrateur du Programme (en l'envoyant par courrier recommandé) : (1) le Formulaire de Pièces justificatives de l'Annexe 3 du présent Protocole, ainsi que tous les autres documents qui doivent être soumis en application de celui-ci ; (2) les autres formulaires du programme ; et (3) tous les autres documents qui doivent ou peuvent être soumis à l'appui des formulaires du Programme.

(*) Il existe également une ligne d'assistance téléphonique mondiale pour le Programme, qui est le 00-1-404-905-8883. Le numéro de téléphone de la ligne d'assistance téléphonique mondiale peut être gratuit ou payant pour vous, en fonction de l'État membre participant d'où vous appelez. Vous devez vérifier si des frais d'appel s'appliquent ou non la ligne d'assistance téléphonique mondiale.

REMARQUE IMPORTANTE : Chaque Centre Régional énuméré ci-dessous ne dessert que les États Membres participants énumérés dans la colonne de droite de ce Centre Régional. Veuillez vous assurer que vous ne contactez et ne soumettez les formulaires du programme et autres documents qu'au bon Centre Régional, c'est-à-dire à celui qui dessert l'État Membre participant dans lequel le vaccin vous a été administré, ou au patient au nom duquel vous soumettez une demande, selon le cas.

Contact du Centre Régional d'Information	États Membres Participants desservis par le Centre Régional compétent			
<u>Afrique du Sud</u> Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 South Africa +27 (0)11 463 5900	Angola Botswana Burkina Faso Cameroun Côte d'Ivoire Ethiopie Gambie	Ghana Guinée-Bissau Kenya Lesotho Libéria Madagascar Malawi Mauritanie Maurice Mozambique	Namibie Nigéria Ouganda République centrafricaine République du Burundi République démocratique du Congo République du Congo République de Guinée Rwanda	République Togolaise São Tomé et Príncipe Sénégal Sierra Leone Soudan Tchad Zambie Zimbabwe

Contact du Centre Régional d'Information	États Membres Participants desservis par le Centre Régional compétent
<p><u>Mexique</u></p> <p>Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcaldia Benito Juarez Ciudad De México C.P 03200 Mexico</p> <p>+52 55 5093 6467</p>	<p>Antigua et Barbades Belize Guyana République de Jamaïque République de Trinidad et Tobago</p>
<p><u>Émirats arabes unis</u></p> <p>Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai United Arab Emirates +971 4 345 9541</p>	<p>Egypte</p>
<p><u>Belgique</u></p> <p>Jan Olielagerslaan 41 1800 Vivoorde Belgium</p> <p>+32 2 714 03 60</p>	<p>Bénin Gabon Tunisie</p>

[FIN DU FORMULAIRE D'APPLICATION]