

[붙임 2]

듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 개인정보처리 동의서

[본 붙임2 내 문서]

문서번호	개인정보처리 동의서
1	듀피젠트® 프리필드주 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 개인정보처리 동의서 (환자본인용)
2	듀피젠트® 프리필드주 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램 개인정보처리 동의서 (신청인용)

[제출 문서]

문서 번호	신청 대상
1	환자 본인이 신청 시
1, 2	신청인이 환자 본인이 아닌 경우

위 가이드에 맞추어 알맞은 제출 문서에 체크 및 서명하신 후 다른 신청 서류와 함께 듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 센터에 제출 부탁드립니다.

1. 듀피젠트® 프리필드주 전액본인부담

환자 약제비 일부 환급 프로그램

개인정보처리 동의서 (*환자본인용*)

주식회사 사노피-아벤티스 코리아(이하 '회사')는 회사와 국민건강보험공단(이하 "공단")이 체결한 위험분담계약에 따른 "듀피젠트® 프리필드주 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램" 관련하여, 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집·이용하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

1. 개인정보·민감정보의 수집·이용에 관한 동의

회사는 아래와 같이 본 사업 대상 환자의 일반 개인정보 및 민감정보를 수집 및 이용하고자 합니다. 내용을 확인하신 후 동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다. 환자 분께서는 아래와 같은 정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

정보의 종류	수집·이용 목적	수집·이용 항목	보유·이용 기간
일반개인정보	본 사업 대상자 여부 확인 및 환급 지원금 지급을 포함한 본 사업 운영 및 증빙자료 보관	성명, 생년월일, 나이, 성별, 주소, 연락처 (전화번호 또는 휴대폰 번호), 은행계좌정보, 본인부담금 수납일자, 본인부담금 금액, 환급일자, 환급액, 신분증	<u>법령 상 달리 규정되지 않은 이상 본 사업 운영 및 증빙자료 보관을 위해 환급 완료 후 10년 보존</u>
민감정보	본 사업 대상자 여부 확인 및 환급 지원금 지급을 포함한 본 사업 운영 및 증빙자료 보관	진단명, 요양기관명, 주치의, 듀피젠트® 투약 여부 및 투여 용량, 투약일자, 의료진 확인서, 진료비 세부산정내역 및 진료비 계산서·영수증, 투여, 입원 사유 <u>듀피젠트® 관련 이상사례 보고된 경우, 의약품 안전성 관리를 위해 필요한 민감정보</u>	

2. 개인정보 및 민감정보의 국내/국외의 제 3자 제공 및 위탁에 대한 동의

● 개인정보 및 민감정보 제 3자 제공에 대한 동의

회사는 수집한 일반 개인정보 및 민감정보를 아래와 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 확인하신 후 동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다. 환자 분께서는 아래와 같은 정보의 제3자 제공에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

제공받는 자	제공받는 자의 이용	제공하는 정보의 항목	제공받는 자의 보유·
--------	------------	-------------	-------------

	목적		이용 기간
<u>국민건강보험공단 (1577-1000)</u>	<u>재난적 의료비 지급, 환급금 적정 여부 확인</u>	귀하가 수집 및 이용에 동의한 일반 개인정보 및 민감정보 일체 중 국민건강보험공단으로부터 요청 받은 사항	<u>법령 상 달리 규정되지 않은 이상 본 사업 운영 및 증빙자료 보관을 위해 환급 완료 후 10년 보존</u>
<u>한국의약품안전관리원 (1644-6223)</u>	<u>이상사례 기타 안전성 정보 확인</u>	귀하가 위 1.항에서 수집 및 이용에 동의한 일반 개인정보 및 민감정보 일체	

● 개인정보 위탁처리에 대한 동의

회사는 전문적인 서비스제공을 위하여 아래와 같이 개인정보 취급업무를 위탁하여 처리하고 있습니다. 수집 회사는 회사가 수행 기타 제공하는 다양한 업무의 원활한 수행을 위하여 고객의 개인정보를 전문 업체에 위탁하여 운영하는 경우가 있습니다. 이 경우 법령 등에서 요구하는 바에 따라 본 개인정보처리 방침 화면에 위탁에 관한 사항을 고지하거나 고객에게 별도 통지하도록 하겠습니다.

이전 내용	이전사유	이전받는 업체의 현황				위탁 부서명
		업체명	주소	전화번호	근무시간	
위탁	듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램 관리, 가입회원 서류 접수 및 확인, 가입회원 일반개인정보 및 민감정보(건강정보) 수집처리, 전화상담 및 안내	MMK Communications	서울시 강남구 논현로 523, 3층	02-568-8246	09:00-18:00	듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램
위탁	위 업무 관련 시스템 관리 (웹사이트, 이메일, 업무용 컴퓨터, 클라우드 등 IT 인프라 운영관리 및 IT 인프라 보안관리 및 유지보수 업무)	한국 IQVIA Solutions	서울시 중구 퇴계로 173, 남산스퀘어 23층	02-3458-5310	09:00-18:00	Tech-Digital Service 팀
위탁	의약품 등 시판 후 안전관리 기준에 명시된 약물 감시 (Pharmacovigilance)를 수행하기 위한 업무 대행 - 이상사례의 사노피 및 사노피 계열사에 보고	PAREXEL Int'l(IRL) Limited	DLF Bldg, Tower D, 3rd Fl, Chandigarh Technology Park Chandigarh, Chandigarh, India 160101	(+91)172 4655150	09:00-18:00 (인도 현지 시간 기준)	안전성 정보 관리실
제공	- 이상사례의 의약품안전관리원 보고	사노피 국내외 계열사	N/A			Pharmacovigilance 담당부서

● 이상사례 수집에 대한 동의

이상사례가 수집된 경우, 수집된 개인정보 및 민감정보는 의약품 안전성 관리를 위해 보건당국 및 사노피 그룹 국내외 계열사 그리고 위탁업체인 PAREXEL에 제공되며, 해당목적 달성시까지 보유 및 이용됩니다. SANOFI는 다국적 그룹으로 귀하의 데이터를 해외본사 및 계열사로 전송해야 할 수도 있습니다. 또 한 사노피는 개인데이터를 사노피 그룹 외부의 타사파트너와 공유하여 데이터를 처리해야 할 수도 있습니다.

[붙임 2]

다. 사노피 해외계열사 또는 타사파트너는 소재지국 법이 정의한 동일 수준의 데이터 보호를 제공하지 않는 국가 또는 유럽개인정보위원회가 적절한 수준의 보호를 제공하는 것으로 인정하지 않는 유럽경제지역 외부에 위치 할 수 있습니다. 이러한 경우는 적절한 수준의 데이터 보호를 보장하기 위해 유럽 요구사항에 따라 SANOFI에 의해 보호됩니다.

- | | | |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| (필수)개인정보의 수집 및 이용에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)민감정보의 수집 및 이용에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)국내/외 제 3자에게 개인정보를 제공함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)국내/외 제 3자에게 민감정보를 제공함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)개인정보를 위탁처리 함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (선택)이상사례 정보를 수집함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |

본인은 자유로운 의사에 의하여 상기 내용에 동의하며,
이에 서명합니다.

년 월 일

신청인(환자 본인): _____ 서명 _____

(주)사노피-아벤티스 코리아 귀하

2. 듀피젠트® 프리필드주 전액본인부담 환자

약제비 일부 환급 프로그램

개인정보처리 동의서 (신청인용)

신청인의 개인정보 처리 동의서 (신청인이 환자 본인이 아닌 경우).

주식회사 사노피-아벤티스 코리아(이하 '회사')는 회사와 국민건강보험공단(이하 "공단")이 체결한 위험분담계약에 따른 "듀피젠트® 프리필드주 전액본인부담 환자 약제비 일부 환급 프로그램" 관련하여, 아래와 같이 환자의 개인정보를 수집·이용하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

1. 개인정보·민감정보의 수집·이용에 관한 동의

회사는 아래와 같이 본 사업 대상 환자의 일반 개인정보 및 민감정보를 수집 및 이용하고자 합니다. 내용을 확인하신 후 동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다. 환자 분께서는 아래와 같은 정보의 수집 및 이용에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

정보의 종류	수집·이용 목적	수집·이용 항목	보유·이용 기간
개인정보	환급 지원금 신청인 신청업무 수임 여부 확인 및 환급 지원금 지급	<필수항목> 성명, 환자와의 관계, 생년월일, 주소, 연락처 (전화번호 또는 휴대폰 번호), 환급 지원금 신청업무 수임여부 <선택항목> 가족관계증명서, 은행계좌정보	법령 상 달리 규정되지 않은 이상 본 사업 운영 및 증빙자료 보관을 위해 환급 완료 후 10년 보존
민감정보	환급 지원금 지급을 포함한 본 사업 운영 및 증빙자료 보관	진단명, 요양기관명, 주치의, 듀피젠트® 투약 여부 및 투여 용량, 투약일자, 의료진 확인서, 진료비 세부산정내역 및 진료비 계산서·영수증, 투여, 입원 사유 듀피젠트® 관련 이상사례 보고된 경우, 의약품 안전성 관리를 위해 필요한 민감정보	

2. 개인정보 및 민감정보의 국내/국외의 제 3자 제공 및 위탁에 대한 동의

● 개인정보 및 민감정보 제 3자 제공에 대한 동의

회사는 수집한 일반 개인정보 및 민감정보를 아래와 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 확인하신 후 동의 여부를 체크해 주시기 바랍니다. 환자 분께서는 아래와 같은 정보의 제3자 제공에 동의하지 않으실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으실 경우 본 사업에 참여하실 수 없습니다.

제공받는 자	제공받는 자의 이용 목적	제공하는 정보의 항목	제공받는 자의 보유·이용 기간
--------	---------------	-------------	------------------

국민건강보험 공단 (1577-1000)	재난적 의료비 지급, 환급금 적 정 여부 확인	환자가 수집 및 이용에 동 의한 일반 개인정보 및 <u>민 감정보 일체 중 국민건 강보험공단으로부터 요 청 받은 사항</u>	<u>법령 상 달리 규정되 지 않은 이상 본 사 업 운영 및 증빙자료 보관을 위해 환급완 료 후 10년 보존</u>
한국의약품안 전관리원 (1644-6223)	이상사례 기타 안전성 정보 확 인	환자가 위 1.항에서 수집 및 이용에 동의한 일반 개인정 보 및 <u>민감정보 일체</u>	

● 개인정보 위탁처리에 대한 동의

회사는 전문적인 서비스제공을 위하여 아래와 같이 개인정보 취급업무를 위탁하여 처리하고 있습니다. 수집 회사는 회사가 수행 기타 제공하는 다양한 업무의 원활한 수행을 위하여 고객의 개인정보를 전문 업체에 위탁하여 운영하는 경우가 있습니다. 이 경우 법령 등에서 요구하는 바에 따라 본 개인정보처리 방침 화면에 위탁에 관한 사항을 고지하거나 고객에게 별도 통지하도록 하겠습니다.

이전 내용	이전사유	이전받는 업체의 현황				위탁 부서명
		업체명	주소	전화번호	근무시간	
위탁	듀피젠트® 약제비 일부 환급· 프로그램 관리, 가입회원 서류 접수 및 확인, 가입회원 일반개인정보 및 민감정보(건강정보) 수집처리, 전화상담 및 안내	MMK Communications	서울시 강남구 논현로 523, 3층	02-568-8246	09:00-18:00	듀피젠트® 약제비 일부 환급 프로그램
위탁	위 업무 관련 시스템 관리 (웹사이트, 이메일, 업무용 컴퓨터, 클라우드 등 IT 인프라 운영관리 및 IT 인프라 보안 관리 및 유지보수 업무)	한국 IQVIA Solutions	서울시 중구 퇴계로 173, 남산스퀘어 23층	02-3458-5310	09:00-18:00	Tech-Digital Service 팀
위탁	의약품 등 시판 후 안전관리 기준에 명시된 약물 감시 (Pharmacovigilance)를 수행하기 위한 업무 대행 - 이상사례의 사노피 및 사노피 계열사에 보고	PAREXEL Int'l(IRL) Limited	DLF Bldg, Tower D, 3rd Fl, Chandigarh Technology Park Chandigarh, Chandigarh, India 160101	(+91)172 4655150	09:00-18:00 (인도 현지 시간 기준)	안전성 정보 관리실
제공	- 이상사례의 의약품안전관리원 보고	사노피 국내외 계열사	N/A			Pharmacovigilance 담당부서

● 이상사례 수집에 대한 동의

이상사례가 수집된 경우, 수집된 개인정보 및 민감정보는 의약품 안전성 관리를 위해 보건당국 및 사노피 그룹 국내외 계열사 그리고 위탁업체인 PAREXEL에 제공되며, 해당목적 달성시까지 보유 및 이용됩니다. SANOFI는 다국적 그룹으로 귀하의 데이터를 해외본사 및 계열사로 전송해야 할 수도 있습니다. 또한 사노피는 개인데이터를 사노피 그룹 외부의 타사파트너와 공유하여 데이터를 처리해야 할 수도 있습니다. 사노피 해외계열사 또는 타사파트너는 소재지국 법이 정의한 동일 수준의 데이터 보호를 제공하지 않는 국가 또는 유럽개인정보위원회가 적절한 수준의 보호를 제공하는 것으로 인정하지 않는 유럽경제지역

[붙임 2]

외부에 위치 할 수 있습니다. 이러한 경우는 적절한 수준의 데이터 보호를 보장하기 위해 유럽 요구사항에 따라 SANOFI에 의해 보호됩니다.

- | | | |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| (필수)개인정보의 수집 및 이용에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)민감정보의 수집 및 이용에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)국내/외 제 3자에게 개인정보를 제공함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)국내/외 제 3자에게 민감정보를 제공함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (필수)개인정보를 위탁처리 함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |
| (선택)이상사례 정보를 수집함에 | <input type="checkbox"/> 동의합니다. | <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. |

본인은 자유로운 의사에 의하여 상기 내용에 동의하며,
이에 서명합니다.

년 월 일

동의인 (신청인): _____ 서명 _____

환자와의 관계 _____ 연락처 _____

(주)사노피-아벤티스 코리아 귀하