

리브말리액 전액본인부담환자 환급 프로그램 개인정보 처리 동의서

성명

연락처

주소

힐코리아는 리브말리액 전액본인부담환자 약제비 환급프로그램(이하 “사업”이라 함) 및 녹십자(이하 “회사”)와 국민건강보험공단이 체결한 위험분담계약에 따른 리브말리액 전액본인부담환자의 약제비 환급 관련하여, 귀하의 개인정보(민감정보 포함)를 처리하게 됩니다. 아래 내용을 자세히 읽으신 후 동의여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

개인정보의 수집 및 이용목적	· 사업대상자 선정 및 관리 · 사업 정책 수립 · 회원 가입, 본인 확인
수집하는 개인정보의 범위 및 항목	· 본인의 성명, 성별, 생년월일, 주소, 연락처(전화번호, 휴대폰 번호), 계좌번호 · 보호자의 성명, 연락처(전화번호, 휴대폰 번호)
개인정보 보유 및 이용기간	사업대상자 환급 종료일로부터 5년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 환급 대상자 신청이 불가능할 수 있으며, 환급대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

2. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보정보를 제공하는 자	개인정보를 제공하는자의 목적	제공하는 개인정보의 항목	개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간	동의여부
국민건강보험공단	환급금 적정여부 확인	본인의 성명, 성별, 생년월일, 연락처(전화번호, 휴대폰 번호, 주소), 계좌번호	사업 대상자 환급 종료일로부터 5년	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 환급 대상자 신청이 불가능할 수 있으며, 환급대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

3. 민감정보 처리에 관한 동의

(1) 민감정보의 수집·이용

민감정보의 수집 및 이용목적	· 사업대상자 선정 및 관리 · 사업 정책 수립
수집하는 민감정보의 범위 및 항목	· 진단명, 진단일자, 치료병원, 입원시작 및 종료일, 투약일자, 외래진료일, 처방조제일, 약품명, 약품비, 환급일자 및 환급액, 사용량 환급방법 등 환급에 관한 사항, 입급일, 환급금액, 환자번호, 주치의 성명 · 진단서, 건강보험증 또는 건강보험자격확인서, 진료비 세부내역서(또는 처방전)와 영수증을 통해 얻게 되는 환자의건강정보
민감 정보 보유 및 이용기간	사업대상자 환급 종료일로부터 5년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 환급 대상자 신청이 불가능할 수 있으며, 환급대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

(2) 민감정보의 제3자 제공

민감정보정보를 제공하는 자	민감정보를 제공하는자의 목적	제공하는 민감정보의 항목	민감정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간
국민건강보험공단	환급금의 적정여부 확인	· 진단명, 진단일자, 치료병원, 입원시작 및 종료일, 투약일자, 외래진료일, 처방조제일, 약품명, 약품비 · 환급일자 및 환급액, 사용량 환급방법 등 환급에 관한 사항	사업 대상자 환급 종료일로부터 5년
녹십자	1)약제환급 내용 확인 2)부작용 등 보고 (본사 및 법령에 따른 식약처 등 관계 기관 보고)	1)의 경우: 입급일, 환급금액, 환자번호, 주치의 성명 2)의 경우: 요양기관명, 진료과, 처방일, 부작용 관련 정보	사업 대상자 환급 종료일로부터 5년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 약제비 환급 대상자 신청이 불가능할 수 있으며, 환급대상자 선정 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

4. 개인정보 사용의 제한

힐코리아에 등록된 개인의 정보파일(DB)은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않습니다.

상기본인은 위의 사항을 확인하며 동의합니다.

년 월 일

확인 및 동의인:

(서명 또는 인)

힐코리아 귀하