

필수의료 전공의 단체보험 가입 신청서

필수의료배상보험 전담센터(취급자: 한국단체보험연합) ☎02-717-9480~1, 팩스)02-6944-9440, email:korea9430@kakao.com

필수의료 전공의 단체보험 가입 전공의 현황

전공의 현황

☐ 의료기관(법인)명:

[illegible]

상기 내용은 사실과 틀림없으며, 제출된 서류의 내용이 허위로 판명되었을 경우 지원금 지급 결정의 전부 또는 일부를 취소할 수 있으며, 이로 인한 모든 책임은 신청자에게 있습니다.

2025년 월 일

의료기관명 :

(직인날인)

현대해상화재보험 귀하

보험 최종 가입 여부는, 국고보조금 지원대상 확인이 필요하며, 지원대상이 아닌 경우 보험가입이 취소 및 해지될 수 있습니다.

개인정보 이용 동의서 (전공의)

개인정보 수집 · 이용 동의서

- ◇ 현대해상화재보험은 「개인정보보호법」상의 개인정보보호규정을 준수하며, 같은 법률에 따라 아래와 같이 개인정보수집 · 이용에 관한 동의를 받고 있습니다.
- ◇ 수집된 개인정보는 필수의료 전공의 배상보험료 지원 등 국고보조금 지급을 위하여 활용되며 이용목적의 범위 내 사용하게 됩니다.

[수집 · 이용 목적]

필수의료 전공의 배상보험료 지원 등 국고보조금 사업에 사용되며 수집한 개인정보는 수집·이용 목적 외에 다른 목적으로 이용되지 않습니다.

[개인정보 수집 · 이용 항목]

구 분		항 목	보유기간
수련병원 필수의료 전공의 배상보험료 지원 신청서	필수	법인등록번호, 사업자등록번호, 주소, 요양기관기호, 대표자명, 계좌정보 (담당자, 책임자의) 성명, 휴대전화, 이메일	<u>5년</u>
의료배상보험 가입전공의 현황	필수	성명, 면허번호	<u>5년</u>

[고유식별정보 수집 · 이용 내역]

개인정보 보호법 제24조제1항제2호에 따른 고유식별정보를 수집합니다.

구 분		항 목	보유기간
요양기관 현황정보 (인력-전공의)	필수	주민등록번호	<u>5년</u>

[개인정보 제3자 제공에 대한 동의(필수)]

제공받는자	항 목	제공하는자
보건복지부 한국의료분쟁조정중재원	개인정보 및 고유식별정보 수집 · 이용 항목 전체	<u>현대해상</u>

※ 개인정보 수집 · 이용 목적에 대한 동의를 거부하실 수 있으나 배상보험료 지원 보조금 지급이 불가할 수 있습니다.

☐ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다

2025년 월 일

신청인(레지던트)

(서명 또는 인)

현대해상화재보험 귀하