

PROGRAMA DE SOPORTE A PACIENTES DE LABORATORIO IPSEN COLOMBIA S.A.S. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PACIENTE- MAYOR DE EDAD

Ipsen Colombia S.A.S. ("Ipsen") maneja dentro de sus bases de datos información que usted en calidad de PACIENTE nos ha proporcionado y reportado en el desarrollo de las diferentes actividades y servicios er el marco del Programa de Soporte a Pacientes bajo tratamiento con el medicamento (el "Medicamento"), del programa (el "Programa").

"Información Personal" o "Datos Personales" se refiere a toda la información que proporcione como parte de su participación en el Programa o para la prestación de las actividades y servicios en el Programa. incluyendo datos personales y datos personales sensibles (incluidos los datos que suministre como parte de los cuestionarios médicos de evaluación, tales como el nombre, género, edad, fecha de nacimiento, dirección, domicilio, número de teléfono o celular, así como cualquier otro dato médico, de farmacovigilancia, acontecimiento adverso o reacción inesperada en relación con su tratamiento).

Esta información será tratada por Ipsen y por las compañías del Grupo Ipsen (Ipsen S.A., Ipsen Pharma S.A.S.); y por los proveedores de servicios que Ipsen designe, para el manejo del Programa, quienes actuarán en calidad de responsables y/o encargados, según corresponda, conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales, disponible en: [tratamientoinformacion.colombia@ipsen.com]. La Información Personal que suministre será utilizada con los siguientes fines:

- a. Ser contactado por el call center del Programa.
- b. Ser invitado a los eventos de educación del Programa.
- c. Ser informado de los cambios que puedan presentarse durante el Programa.
- d. Intercambiar información sobre su enfermedad y el progreso del tratamiento con su Médico tratante, el asegurador o la red prestadora de salud a la que esté afiliado (o la entidad que haga sus veces) o con personas vinculadas a estos, siempre dentro del contexto del desarrollo del Programa.
- e. Recibir llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto, ser contactado en persona, o por cualquier otro medio determinado por Ipsen para la fijación de citas, realización de invitaciones a actividades educativas, brindar información general sobre el uso correcto del Medicamento.
- f. Ser contactado para completar encuestas de satisfacción de los servicios del Programa.
- g. Ser contactado por el departamento de farmacovigilancia de Ipsen, en caso de reportes de evento adversos para ampliar información y/o hacer seguimiento.
- h. Ser contactado para recibir la información sobre los beneficios del Programa, incluyendo, pero sin limitarse a material y actividades educativas, exámenes de seguimiento, seguimiento, acompañamiento y gestión a la adherencia del tratamiento entre otros.
- i. Fines administrativos, estadísticos y de servicio al paciente.
- Enviarle invitaciones para participar en testimoniales de pacientes.
- k. Desarrollar todas las actividades y servicios incluidos en el Programa.
- Asegurar la continuidad del Programa.

Para el cumplimiento de los fines mencionados, Ipsen puede necesitar comunicar, transmitir y/o transferir su Información Personal incluso con terceros ubicados en países que no proporcionen niveles adecuados de protección, y particularmente a las siguientes partes interesadas: (i) los proveedores de servicios dentro del marco del Programa, (ii) su Médico tratante, (iii) sus Educadores, (iv) las autoridades sanitarias, (v) la red prestadora de servicios o quien haga sus veces, (vi) las compañías del Grupo Ipsen, (vii) el proveedor de servicios a quien Ipsen designe para el manejo del Programa.

En este sentido, al aceptar este documento, usted autoriza expresamente que su Información Personal pueda ser transmitida y/o trasferida por Ipsen o por el proveedor de servicios a quien Ipsen designe para el manejo del Programa en calidad de responsable o encargado (según corresponda) a las compañías del Grupo Ipsen. Usted expresamente reconoce y acepta que las empresas del Grupo Ipsen identificadas en esta autorización pueden ser modificadas o se pueden incluir nuevas compañías vinculadas y afiliadas de Ipsen. Asimismo, usted expresamente reconoce y acepta que Ipsen podrá transmitir, transferir y compartir sus Datos Personales con compañías vinculadas y afiliadas de Ipsen, a nivel nacional e internacional, e incluso ubicadas en países que no proporcionen niveles adecuados de protección.

Una vez finalizado el Programa o si decide retirarse del mismo, sus Datos Personales se eliminarán tan pronto como sea razonablemente posible, por lo que estos no se conservarán más del tiempo necesario, a menos que sea necesario seguir conservándolos para cumplir con cualquier requisito bajo la legislación aplicable.

Usted no está obligado a autorizar el tratamiento de sus Datos Personales sensibles como aquellos relacionados a su salud. Usted declara y expresa que es consciente de sus derechos a conocer, actualizar, suprimir y rectificar sus Datos Personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre

Formatos – Programa de soporte a pacientes IPSEN Colombia S.A.S. Material de uso exclusivo del PSP Código: CBZ-CO-000079; Fecha de vencimiento: 12/19/2024



el uso que se da a sus datos personales, presentar quejas ante las autoridades competentes y revocar la presente autorización.

Ipsen y las demás partes mencionadas anteriormente podrán dar usos secundarios a sus Datos Personales. Para estos efectos su Información Personal podrá ser anonimizada y posteriormente agregada. Esto significa que toda la información que pueda conducir a su Identificación personal será eliminada de las respectivas bases de datos. La información que permanezca en la base de datos será anonimizada y agregada y, en consecuencia, no dará ningún detalle sobre usted y no permitirá saber quién es usted, ni contactarlo. Dicha información (es decir, la información sin identidad y sin que pueda conducir a su identificación) se compartirá con las autoridades sanítarias y las empresas del Grupo Ipsen en las condiciones mencionadas anteriormente.

Para cualquier consulta, actualización, rectificación, y/o supresión relativa al tratamiento de sus Datos Personales, puede ponerse en contacto con cada respectivo responsable y/o encargado a las respectivas direcciones electrónicas señaladas a continuación:

Entidad	Identificación	Correo electrónico	Politica o Aviso de privacidad
lpsen Colombia S.A.S.	NIT 901543555 - 4		https://www.ipsen.com/brazil/privac
lpsen S.A.	419 838 529		https://www.ipsen.com/global- privacy-policy/
lpsen Pharma S.A.	308 197 185		https://www.ipsen.com/global- privacy-pollcy/

Usted entiende que recibirá por parte de Ipsen una guía en la ruta administrativa, la asesoría y la asistencia necesaria sobre el proceso a realizar para acceder al Medicamento en el marco del Programa. Usted declara que conoce las implicaciones que se derivan de la presente autorización sobre el manejo de sus datos por parte de Ipsen, por las compañías del Grupo Ipsen (Ipsen S.A., Ipsen Pharma S.A.S.); y por los proveedores de servicios que Ipsen designe en el marco del Programa, con lo cual se busca poder ejercer intermediación en su nombre por mecanismos virtuales o presenciales ante los diferentes actores del sistema de salud colombiano (EPS- IPS- Operador logístico) para la gestión de barreras administrativas para lograr el acceso al Medicamento.

Comprende que el servicio prestado, no incentiva, gestiona, recomienda, realiza o financia acciones legales que busquen forzar el acceso al medicamento.

FIRMA DEL PACIENTE

Yo, identificado como se señala debajo de mi firma, otorgo mi consentímiento para el tratamiento de mis Datos Personales conforme a lo establecido en esta autorización, y declaro que la información que suministro es yeraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible:

Firma: / Lhalle / Ca Lung

Nombre apellidos completos: Fernando Naced Motato

Documento de identidad: LO .130 . 124

Teléfono: 3117212906

Fecha: 7010 5 2025

Nombre del médico tratante: 0-sual do Marpo Paternena.

Formatos – Programa de soporte a pacientes IPSEN Colombia S.A.S. Material de uso exclusivo del PSP Código: CBZ-CO-000079; Fecha de vencimiento: 12/19/2024