# 경기도 군복무 청년 <u>단체상해보험</u> 보상처리절차 안내

<증권번호>

: / DB: : / : / :

<보험기간>

2024년 1월 15일 ~ 2025년 1월 14일

# <보상접수처>

(전화) 070-4693-1655 / 070-8892-3786

(팩스) 070-4758-8556

(이메일) a18997751@hanmail.net

(우편) [06732]서울특별시 서초구 서운로 13, 중앙로얄빌딩 19층 1902호 사병보험 접수센터

※ 팩스, 이메일, 우편 중 선택하여 접수 가능 (단, 사망 및 후유장해 청구 건은 원본 서류 우편 접수 원칙)



서명

4>

O보험계	약 및 인	적사항				※메리츠	화재, 합	한화손형	해, DB	손해,	현대해성	방, 흥·	국화지	l, 농협	손보,	삼성호	ト재 공	급용
계약자	성명	경기도	철	주민등록 번호		11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11 11	11 11 11 11 11		11 11 11 11 11			          						•
피보험자	성명				<b>&gt;</b>	11 11 11 11 11 11 11 11	11 11 11 11	11 11 11 11	       	         					         	             		•
(사고발생자)	증권번호			의료급여 수급권자	<b>&gt;</b>	◀ 대상		•	대상아	님	직장! /하시는	명 <del>:</del> 일						
피해자 (배상책임에 한함)	성명			연락처 (휴대전화)					             	       		- [	1           	11 11 11 11	11 11 11 11	•		
보상 안내 받으실 분	성명			연락처 (휴대전화)			         			         	                     	-	11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11 - 11	11 11 11 11		•		
L—2 L	추가안내 방법 <i>(</i> 택1)	□ E-mail (		@		)[	_ FAX(	번호 :				)□ f	구선(번.	호 :				)
※ 피보험자기	·의료급여법	상의료급여 수급권	자인 경우,실선	의료보험상	품에 한하여.	보험료 할인제	도를 운영	(2009년 10	)월이후 청	품성약	중 201404월	실이후강	신을하	거나,2014	년4월이	5 청약상	품에 한참	참)
O다른 5	ዸ험회사	계약사항 확	<b>인</b> (손해보험	, 생명보험,	공제보험	및 단체보험	l)		]해당시	항 있음	2	t	·   당사형	항 없음	※해당	당 사항	에 체를	∃(V)
보험회사	□ 삼성회	재 🗌 현대해	상 □ DB손	보 🗌 K	3손보 🗌	한화손보 [	] 흥국	화재 [	] 롯데손	보	농협손보	⊉□ :	기타(	생	보, 단체,	용제동기	재	)
O사고관		처리지원금, 벌금, ※아래의 사고	l유형 4개 중 1	개만 체크하. ;	세요. !			i	경우 비리					을 반드시				
사고유형	<b>&gt;</b>	<b>◀ 질병</b> (신체 몸이	내부적 요인으로 불편한 것)	•	<b>⋖</b> ે	<b>}해</b> 급격하고 <sup>9</sup> 사고로신ኦ	7연한 외부 11가다친 것 	<b>•</b>	<	배상	(제3자의 재 신체에 발성	물 및 뺤한 손해) 	•	<u> </u>	◀ 재	물 (띄보)	점자의 지 한 손해) 	H물에 
세부유형	_ 입	원 🗌 통	원 🗆	수술	□ 진단	: □ 시	사망	<u></u> □ 조	}해 	☐ 윤	은전자 							
사고일시 (발병일시)	V 0=101=		년	                     	월	       	일			1		분.	< ▶	 오전	<b>4 •</b>	<u>₹</u>	◀	
사고경위 (내원경위)		l 작성 리가 아파서 물리: 기상이 있어 방문 ,						사고징 (질병저	[외)									
진단명 (병명)	이륜차							최초 니 병원/진 자동	문과				병원					과
교통사고	합승여부 본인차량번		□ 아니오					시 등 / 보험처 탑승우		□예  □운전		아니오  조수석		처리보험  뒷좌석	L	시고처  행중	보험시     기 기	   E
추가접수		로 청구이력이 !	있는 경우 사	고번호 기자	H			일부청	고 경		험사고의	나 관련	된 된 보 <sup>*</sup>	험금 중	일부민	· 청구	하려는	
		 련하여 당사에 정 체크·기재시 보디				는 보험금을 X	급해 드	립니다.	(일부보	함금 항 <sup>도</sup>	라만 수령을							Ch)
O보험금	○보험금 수령 계좌 ▶ 자동이체 계좌 요청 (자동이체 계좌가 보험금 수익자 본인계좌인 경우에만 가능하며, 자동이체 계좌 체크시 아래의 계좌번호를 기재할 필요 없음)																	
금융기관명	1		예금주명			예 <del>:</del> 주민	금주 !번호							피보험/ 관/				
계좌번호 (숫자만 기자	<u>)</u>						          		11 11 11 11 11	11 11 11 11	111	11 11 11 11		<b>▲</b>				
	※ 자동이체 계좌 외 별도 계좌 작성 시 반드시 금융기관명과 계좌번호를 기재하여 주시고, 계좌 작성 오류로 인한 책임은 회사에 있지 않은 바 작성에 유의하시기 바랍니다. ※ 수익자 이외의 타인계좌로 송금 받으시려면 별도의 『위임장』 작성 및 『인감증명서』를 제출해야 합니다.																	
<ul><li>본인은</li><li>청구자</li></ul>	<ul> <li>위기재한 보험금 청구 내용이 시실과 다름이 없음을 확인합니다.</li> <li>본인은 [보험금 지급절차 안내문]을 통하여 보상 절차에 관한 정보를 안내받고 이를 숙지하였음을 확인합니다.</li> <li>청구자 본인은 상기내용에 사실과 다른 것이 있거나 관련 서류 또는 증거가 위조/변조된 경우에는 보험금 청구권을 상실할 수 있으며 동시에 그에 따른 모든 법적책임을 부담할 것을 확약합니다.</li> <li>보험금 지급과 관련하여 향후 해약환급금 또는 만기환급금의 감소가 우려될 경우 귀사에 대한 대출금과의 우선변제 충당에 동의합니다.</li> </ul>																	

<del>작성자</del> [ ]의 작성일자 성명 년 일 월 법정대리인 ※ 접수하신 청구 서류는 돌려드리지 않습니다. (보존 기간 종료 후 파기합니다) ※ 미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다. ※ 보험사기(고의사고, 허위시고, 허위입원/진단/장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄행위이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다. ※ 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리, 및「의료심사」등의 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가할 수 있습니다.



귀하는 개인(신용)정보의 수집이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다. **다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시** 는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

# 1. 수집 이용에 관한 사항

수집·이용 목적	1. 보험사고보험사기 조사 및 보험금지급심사(손해사정 또는 의료자문 포함) 2. 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 3. 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무(보험금 등 출수납을 위한 금융거래 신청 잔존물대위, 구상업무 관련)
보유 및 이용기간	동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금지급, 금융 사고조사, 보험사기 방지, 적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유이용하며, 별도 보관) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다. 단, 미지급/미환급금이 남아 있거나 수사,소송이 진행된 경우 거래종료로 보지 않음(이하 동일)

# ●수집·이용 항목

그이시버지니	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호								
고유식별정보	위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? ▶ □ ◀ 동의하지 않음 ▶ □ ◀ 동의함								
민감정보	피보험자의 질병상해에 관한 정보(진료기록, 상병명, 기왕증 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인 의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)								
	위 <u>민감정보 수집·이용</u> 에 동의하십니까?     ▶ □ ◀ 동의하지 않음     ▶ □ ◀ 동의함								
개인(신용)정보									
L 일반개인정보	성명,주소,생년월일,이메일,유무선전화번호,성별,국적,직업,피보험자와 수익자의관계,국내거소신고번호								
ㄴ 신용거래정보	금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)								
	위 개인신용정보 <u>수집·이용</u> 에 동의하십니까? ▶ □ ◀ 동의하지 않음 ▶ □ ◀ 동의함								

2. 제공에 관한 /	<b>나항</b>
제공받는 자	1. 종합신용정보집중기관: 한국신용정보원 2. 보험회사 등: 생명손해보험회사,국내 재보험사,국외 재보험사,공제사업자, 체신관서(우체국보험) 3. 금융거래기관: 계좌개설 금융기관, 금융결제원 4. 계약관계자: 피보험자, 보험금 청구권자 5. 보험협회 등: 생명손해보험협회 6. 공공기관 등: 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
제공 목적	1.종합신용정보집중기관:개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스 2.보험회사 등: 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구, 보험사고조사(보험 사기조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 3. 금융거래기관: 금융거래 업무(보험금 등 출수납) 4.계약관계자: 손해사정내용 관련 정보 제공 5. 보험협화: 보험금 지급심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등) 6.공공기관 등: 법령에 따른 수행업무(위탁업무 포함)
보유 및 이용기간	제공받는 지의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

\* 외국 재보험사의 국내지점이 재보험계약 가입 판단 지원, 보험계약 공동인수 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

• •		
Oriti	7 메리大하재	

⊖저	∥공 항목							
	고유식별정보	주민등록번호, 9	외국인등 <mark>록</mark> 번호, 여권	<u>  </u> 번호, 운전면허번호	Ž			
	-11 1 2 O -	위 고유식별정보	<u>보 제공</u> 에 동의하십니	까? ▶ □ ◀동	의하지 않음	▶ □ ◀ 동의함		
	미가저ㅂ		당하에 관한 정보(진 -행과 관련하여 취득(		**	•		
국	민감정보		한각종조사서,증명	=	• •			
내		위 민감정보 제	<u>공</u> 에 동의하십니까?	▶ 🗌 ◀동	의하지 않음	▶ □ ◀ 동의함		
	개인(신용)정보							
	ㄴ 일반개인정보		l일, 이메일, 유무선전화					
	ㄴ 신용거래정보	보험금정보(보험	관련 정보(보험금 지급 험금 지급사유, 지급금	액 등)		,		
			보 <u>제공*</u> 에 동의하십니	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		► □ ◀ 동의함		
	민감정보	손해시정업무수	상해에 관한 정보(진 ) 항과 관련하여 취득(	한정보	_			
국		위 민감정보 제	<u>공</u> 에 동의하십니까?	▶ 🗌 ◀ ছ	의하지 않음	▶ □ ◀ 동의함		
외	개인(신용)정보							
	L 일반개인정보		일, 이메일, 유무선전화번	,, - ,, -				
	└ 신용거래정보	•	등종류,기간,보험가입금약 보 제공에 동의하십니					
*	· 언무의탄을 모전으로		포 <u>세용</u> 에 용의하습니 네하는 경우 별도의 동의			,		
1	www.maritzfire.com/PIM	확인가능)	- - C 0   2 0-		11-1-10-2	WE-1-1.(E-11-1.4)		
3.	조회에 관한 사형	탈						
조:	회 대상 기관		기관,생명손해보험협회,		•	·		
.,	공 목적	2.생명손해보험합 3.금융거래기관: <u>4</u> 4.실명/본인인증기	중기관: 보험사고보험사 호: 보험금 청구서류 접수 보험금 지급계좌 예금주 : 1관 :홈페이지,모바일 실!	:대행 서비스 확인 명인증 및 본인인증				
조:	회 동의의 효력기간	보험거래종료 후 5 고조사, 보험사기		속됩니다. <i>(단,거래종료</i>  상 <i>의무이행을 위한 경</i>	로 후 5년이 경과한 후에는 우에 한하여 보유이용히	= 보험금지급, 금융 사 '며, 별도 보관)		
<u>⊖ 조</u>	호회 항목							
ה	유식별정보	_	외국인등록번호, 여전		호			
	TT 7 2 0	위 고유식별정보	보 조회에 동의하십니	까? ▶ □ ◀동	의하지 않음	▶ [] ◀ 동의함		
민	감정보		병상해에 관한 정보({ 의 요청에 따라 보험요					
		위 민감정보 조	<u>회</u> 에 동의하십니까?	<b>▶</b> □ <b>∢</b> 동	의하지 않음	▶ [ ] ◀ 동의함		
개	인(신용)정보							
L	일반개인정보	성명,국내거소신	고번호, 면허의 효력에 관	한 정보				
L	신용거래정보	는 과거 및 현재의	등종류, 기간, 보험가입금액 당사 자동차보험 처리 나	(용을 포함함)				
		위 개인신용성도	보 <u>조회</u> 에 동의하십니	까? ▶ 🗌 ◀동	의하지 않음	► □ ◀ 동의함		
<u> </u>	《미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.							
		작성일자			작성자			
	년	월	일	[ 의 법정대리인	서명	서명		
F	비정 <sup>[</sup>	대리인(친권자) 1인	이 서명한 경우		작성자			
	본인은 1 1인과합 행사합니	다른 법정다리인(친권자) 일하에 공동으로 친권을 다.	동의 서명	[ ] 의 법정대리인	서명	서명(인)		

		개인정보 수집이용 및	제3지	나 제공 동	우의서
	성 명		주민	[등록번호	
대상자	주소				

본인의 개인정보를 수집·이용하거나 제3자에게 제공하고자 하는 경우에는 「개인정보 보호법」제15조 제1항 제1호, 제17조 제1항 제1호, 제22조 제3항, 제23조 제1호, 제24조 제1항 제1호, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제32조 제1항, 제33조 및 제34조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 경기도에서 시행하는 「군복무 경기청년 상해보험」의 대상자로서 「군복무 경기청년 상해보험」사업을 위해 아래의 내용과 같이 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.

핸드폰

연락처

1. 수집·이용에 관	<u></u> 관한 사항				
수집·이용 목적	▶ 「군복무 경기청년 상해보험」관련 본인 확인, 청구 자격 결정, 지원에 관한 업무 ▶ 보험료 수혜자 대상 만족도 조사 실시 등				
<ul> <li>▶ 개인식별정보 및 신청서에 기재된 정보 또는 고객이 제공한 정보</li> <li>수집·이용할 항목</li> <li>- 성명, 주민등록번호 등 고유식별정보</li> <li>- 국적, 직업, 주소·전자우편 주소, 전화번호 등 연락처</li> <li>- 신청서에 기재된 내역 일체 등</li> </ul>					
보유이용 기간	위 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 동의 철회 시까지 보유·이용할 수 있습니다. 단, 동의 철회일 후에는 위의 기재된 목적과 관련된 조사, 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위하여 필요한 범위 내에서만 보유·이용됩니다.				
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	위 개인정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 후에도 언제든지 철회 가능합니다. 다만, 동의하지 않은 수집·이용 목적과 관련된 사업 대상자로 선정될 수 없음을 알려드립니다.				
	위 목적으로 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함□ 동의하지 않음□)				
동의여부	위 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. 고유식별정보 : [주민등록번호] (동의함 동의하지 않음 )				

2. 제공에 관한 시	2. 제공에 관한 사항								
제공 받는 자	▶ 「군복무 경기청년 상해보험」에 필요한 업무처리를 위한 대상기관 - 경기도								
제공받는 자의 이 용 목적	▶ 「군복무 경기청년 상해보험」관련 본인 확인, 청구 자격 결정, 지원에 관한 업무 ▶ 보험료 수혜자 대상 만족도 조사 실시 등								
제공할 개인정보 의 항목	▶ 개인식별정보 및 신청서에 기재된 정보 또는 고객이 제공한 정보 - 성명, 주민등록번호 등 고유식별정보 - 국적, 직업, 주소·전자우편 주소, 전화번호 등 연락처 - 신청서에 기재된 내역 일체 등								
변경에 관한 사항	위 제공대상 기관, 이용목적, 제공대상 항목 세부적 내용의 변경이 있을 경우에는 변경 내용을 전화 및 우편, 메일로 공지합니다.								
제공받은 자의 개 인정보 보유·이용 기간	개인정보는 제공된 날로부터 동의 철회 시 또는 제공된 목적을 달성할 때까지 보유·이용할 수 있습니다. 단, 동의 철회일 후에는 위의 기재된 목적과 관련된 조사, 분쟁 해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위하여 필요한 범위 내에서만 보유·이용됩니다.								
동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익	위 개인정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의 후에도 언제든지 철회 가능합니다. 다만, 동의하지 않은 수집·이용 목적과 관련된 사업 대상자로 선정될 수 없음을 알려드립니다.								
	위 목적으로 개인정보를 수집·이용·제공하는 것에 동의합니다. (동의함 등 동의하지 않음 다)								
동의여부	위 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 수집·이용·제공하는 것에 동의합니다. 고유식별정보:[주민등록번호] (동의함 등 동의하지 않음 다)								

※ 만 14세 미만 대상에 대한 개인정보의 경우, 법정대리인의 동의를 받아야 합니다.

본인은 상기 내용을 확인합니다.

년 월 일

성명: 서명 또는 (인)

**경기도지사** 귀하

### 1. 보험금 청구 구비서류

1. 모임금 정구 구미지유		
필수서류	1. 보험금 청구서 2. 개인정보 수집, 이용 및 제3자 제공 동의서 3. 주민등록 등본 (진단 당시 경기도민임을 증빙할 수 있는 서류) 4. 복무확인서 : 군부대 내에서 발급 병적증명서 : 인터넷(정부24시) 또는 행정기관 방문(지방병무청, 동주민센터 등) 5. 신분증사본 및 통장사본 (피보험자 명의) 6. 초진진료차트 (최초 진단받은 병원에서 발급) 7. 가,나,다,라,마,바 청구에 해당 하는 병원 서류	
가. 사망보험금	① 기본증명서, 가족관계증명서 (사망사실기재, 망인기준) ② 사체 검안서 또는 사망진단서 ③ 위임장 및 인감증명서 (상속자 모두 기재)	
나. 장해보험금	① AMA방식 후유장해진단서 (장애인복지법상의 장애진단서는 해당 안 됨) ② (일반) 진단서로 대체 가능한 경우 - 만성신부전 : 혈액투석 (최초 투석일, 환자상태 기재) - 사지절단 : X-RAY 결과지 (절단부위 명시) - 인공관절치환술 : 수술기록지 (치환일자, 부위 명시) - 비장·신장·안구적출 : 수술기록지 (적출일자, 부위 명시) - 장기전절제 : 수술기록지 (절제일자, 부위 명시)	원본 제출 필수
다. 입원일당(상해/질병)	① 입·퇴원확인서 (질병분류코드 꼭 기재) ② 진단서 (입·퇴원확인서에 질병분류코드 기재가 안 될 경우)	
라. 수술비	① 수술기록지	
마. 뇌출혈진단비 급성심근경색진단비	① CT 검사결과지 혹은 해당질병 촬영결과지 ② 확정진단서 (임상적 추정 진단서는 안됨) ③ 의무기록사본	
바. 골절/화상진단비 정신질환진단비 외상성절단진단비	① 진단서 (화상의 경우 심재성2도 이상 청구 가능)	

2. 접수안내 담당자

**1** 070-4693-1655 / 070-8892-3786

3. 서류 접수

(팩스) 070-4758-8556 / (이메일) a18997751@hanmail.net

(주소) [06732] 서울 서초구 서운로 13, 중앙로얄빌딩 19층 1902호 사병보험 접수센터

# 4. 보험금 청구 방법

상기 서류를 준비하신 후 팩스 또는 이메일로 보내주시기 바랍니다.

(서류 발송 10~15분 후 확인 연락을 주시기 바랍니다.)

- 상해/질병사망, 후유장해의 경우 청구서류 원본을 등기 발송 해 주시기 바랍니다.
- 컨소시엄 계약으로 각 담보별 보상하는 보험사가 다릅니다.

보험금 서류 접수 시 보험사별로 서류 전달하오니 상기 팩스, 메일로만 발송 해 주시기 바랍니다.

- 상기 구비서류 이외에도 보험금 지급을 위해 보상과에서 추가서류를 요청할 수 있습니다.

## □ 보장내용

□ 모성내용		
보장항목	보장내용	가입금액
상해/질병사망(의경포함)	보험기간 내 상해 및 질병으로 사망한 경우 지급	5,000만원
상해후유장해	보험기간 내 상해로 후유장해가 발생한 경우(3~100%) 장해지급률에 따라 지급	5,000만원 한도
질병후유장해(80%이상)	보험기간 내 질병으로 80% 이상의 후유장해가 발생한 경우 지급	5,000만원
상해/질병입원일당	보험기간 내 상해 및 질병으로 인한 1일 이상 입원 시 지급 (180일한도)	1일 4만원
골절진단금	보험기간 내 사고로 인한 골절 진단 시 지급 (치아파절 제외)	30만원
화상진단금	보험기간 내 사고로 인한 화상 진단 시 지급(심재성 2도 이상)	25만원
뇌출혈 진단금	보험기간 내 뇌출혈 최초 진단 시 지급(최초 1회한)	300만원
급성심근경색 진단금	보험기간 내 급성심근경색 최초 진단 시 지급(최초 1회한)	300만원
군복무중 중증장해진단금	보험기간 내 상해로 장해지급률이 100%에 해당하는 고도후유장해 진단 시 지급	1,000만원
수술비	보험기간 내 상해/질병으로 인한 약관에서 정한 수술 시 수술종류와 관계없이 지급	20만원
손·발가락수술비	보험기간 내 상해/질병으로 인한 약관에서 정한 손가락 및 발가락 수술 시 수술 종류와 관계없이 지급	20만원
군인영외체류기간중 대중교통상해후유장해	군복무 중 영외체류기간 중 대중교통으로 인한 사고로 상해후유장해 발생 시 장해지급률에 따라 최대 3억 보장	3억원 한도
정신질환진단금	보험기간 중 정신질환으로 의료법에서 정한 의료기관에서 전문의자격을 가진 자에 의해 진단확정 시 지급	100만원
폭발,화재,붕괴,사태 상해후유장해	보험기간 내 폭발, 화재, 붕괴, 사태로 인하여 후유장해가 발생한 경우(3~100%) 장해지급률에 따라 지급	2,000만원 한도
폭발,화재,붕괴,사태 상해사망	보험기간 내 폭발, 화재, 붕괴, 사태로 인하여 사망한 경우 지급	2,000만원
외상성절단 진단비	보험기간 내 사고로 외상성절단 진단 확정된 경우 100만원 지급	100만원