

Zvláštní pojistné podmínky pro pojištění pro případ nemoci

Obsah:

ČÁST 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ	1	Článek 15 Vážná onemocnění dospělých osob	4
Článek 1 Úvodní ustanovení	1	Článek 16 Pojistné plnění	6
Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí	1	Článek 17 Výluky z pojištění	6
Článek 3 Čekací doba	1	Článek 18 Zánik pojištění	6
Článek 4 Oprávněná osoba	1	ČÁST 5 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE	6
ČÁST 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	1	Článek 19 Pojistná událost	6
Článek 5 Pojistná událost	1	Článek 20 Pojistné plnění	7
Článek 6 Pojistné plnění	1	Článek 21 Výluky z pojištění	7
Článek 7 Povinnosti pojištěného	2	Článek 22 Zánik pojištění	7
Článek 8 Výluky z pojištění	2	ČÁST 6 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ	7
Článek 9 Zánik pojištění	2	Článek 23 Pojistná událost	7
ČÁST 3 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD POBYTU V NEMOCNICI	2	Článek 24 Pojistné plnění	7
Článek 10 Pojistná událost	2	Článek 25 Povinnosti oprávněné osoby	7
Článek 11 Pojistné plnění	2	Článek 26 Výluky z pojištění	7
Článek 12 Výluky z pojištění	3	Článek 27 Zánik pojištění	8
ČÁST 4 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ	3	ČÁST 7 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ	8
Článek 13 Pojistná událost	3	Článek 28 Výklad pojmů	8
Článek 14 Vážná onemocnění dětí	3		

ČÁST 1 SPOLEČNÁ USTANOVENÍ

Článek 1 Úvodní ustanovení

1) Toto pojištění se řídí všeobecnými pojistnými podmínkami pro pojištění osob a těmito zvláštními pojistnými podmínkami. V případě odchýlného ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách a všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob má přednost ujednání v těchto zvláštních pojistných podmínkách.

2) Toto pojištění se sjednává jako obnosové.

Článek 2 Pojistná událost, pojistná nebezpečí

Toto pojištění se vztahuje na pojistné události uvedené v části 2 až 6, které vzniknou během trvání pojištění v důsledku následujících pojistných nebezpečí, ke kterým dojde během trvání pojištění:

- nemoc,
- úraz,
- jiná skutečnost související se zdravotním nebo osobním stavem pojištěného uvedená v pojistné smlouvě.

Článek 3 Čekací doba

- Pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění za pojistné události, ke kterým dojde v čekací době; čekací doba počíná běžet ode dne počátku pojištění a činí:
 - tři měsíce, pokud jde o pojištění pro případ pracovní neschopnosti, pojištění pro případ pobytu v nemocnici a pojištění pro případ ošetřování dítěte,
 - šest měsíců, pokud jde o pojištění pro případ pobytu v nemocnici z důvodu ošetření zubů, zhotovení zubních náhrad nebo provedení úkonů čelistní ortopedie, čelistní chirurgie anebo ortopedických náhrad a pojištění pro případ péče o zdravotně postižené dítě,
 - osm měsíců, pokud jde o pojištění pro případ pobytu v nemocnici v souvislosti s těhotenstvím.

2) Čekací doba se však nevztahuje na pojistné události, ke kterým došlo následkem úrazu.

Článek 4 Oprávněná osoba

- Pojistné plnění bude poskytnuto pojištěnému s výjimkou pojistného plnění
- z pojištění pro případ vážných onemocnění podle čl. 15 odst. 4) písm. f) a čl. 15 odst. 5) písm. h), které bude poskytnuto narozenému dítěti, při jehož

- porodu matka-rodicek zemřela, a
- z pojištění pro případ ošetřování dítěte, které bude poskytnuto osobě, již vzniklo právo na ošetřovné podle ustanovení § 39 odst. 1) písm. a) bodu 1 zákona o nemocenském pojištění.

ČÁST 2 POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

Článek 5 Pojistná událost

1) Pojistnou událostí je pracovní neschopnost pojištěného, což je stav pojištěného, který odpovídá dočasné pracovní neschopnosti podle zákona o nemocenském pojištění potvrzený příslušným lékařem na formuláři vystaveném podle uvedeného zákona (u pojištěných, kteří jsou účastníky nemocenského pojištění) nebo na formuláři pojistitele (u pojištěných, kteří nejsou účastníky nemocenského pojištění).

2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá pracovní neschopnost, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání pracovní neschopnosti. Pokud je pojištěný den následující po ukončení jedné pracovní neschopnosti znovu uznán pracovní neschopným a tato pracovní neschopnost vznikla v důsledku stejné nemoci či úrazu, považuje se tato pracovní neschopnost za pokračování předcházející pracovní neschopnosti.

Článek 6 Pojistné plnění

- Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví jako součet počtu dnů pracovní neschopnosti podle následujícího odstavce po odečtení příslušné karenční doby a pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě.
- Doba pracovní neschopnosti, za kterou pojistitel poskytne pojistné plnění, počíná dnem, který lékař stanovil jako její počátek, a končí dnem, kdy je pracovní neschopnost pojištěného z rozhodnutí lékaře ukončena, nejspíše však posledním dnem maximální doby pracovní neschopnosti podle příslušné oceňovací tabulky; pojistitel však poskytne pojistné plnění za pracovní neschopnost maximálně za tři sta šedesát pět dnů. Uvedená časová omezení platí i v případě, že pracovní neschopnost byla uznána pro více následků úrazu či pro více nemocí.
- Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný je práce neschopen (v pracovní neschopnosti) na území České republiky v důsledku pojistného nebezpečí podle čl. 2 a po dobu pracovní neschopnosti podle předchozího odstavce nevykonává žádnou výdělečnou činnost.
- Pokud v pracovní neschopnosti probíhá léčení pro více diagnóz, plní pojistitel za součet dob léčení všech těchto diagnóz s přihlednutím k maximálním dobám pracovní neschopnosti podle příslušné oceňovací tabulky; pokud se doby léčení

těchto diagnóz překrývají, započítávají se tyto překrývající se doby pouze jednou.

5) Pojistné plnění za pracovní neschopnost bude poskytnuto pouze za podmínky, že doba pracovní neschopnosti a současně maximální počet dnů stanovený pro příslušné tělesné poškození nebo onemocnění v příslušné oceňovací tabulce přesáhne příslušnou karenční dobu.

6) Je-li pracovní neschopnost vystavena pro onemocnění, jehož prvotní příčinou byl úraz, karenční doba se z celkové doby pracovní neschopnosti odečítá.

7) Poskytnutí pojistného plnění může být v příslušné oceňovací tabulce vázáno na splnění určité podmínky (například způsob léčby); není-li taková podmínka splněna, pojistitel není povinen poskytnout pojistné plnění, popřípadě jej poskytne v nižší výši, a to podle pravidel stanovených v příslušné oceňovací tabulce.

8) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud však pracovní neschopnost trvá déle než tři měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout průměrnou zálohu na pojistné plnění.

9) Pojistné plnění bude za dobu po zániku tohoto pojištění poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.

Článek 7

Povinnosti pojištěného

1) Pojištěný je povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu, že:

- přestal vykonávat výdělečnou činnost (bez ohledu na to, zda jde o zaměstnance nebo osobu samostatně výdělečně činnou), popřípadě že mu z takové činnosti nadále neplynou příjmy (včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské či rodičovské dovolené pojištěného),
- mu byl přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění,
- byl uznán plně invalidním, nebo
- se stal či přestal být osobou samostatně výdělečně činnou, popřípadě že se stal nezaměstnaným, nebo že je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce.

2) Pojištěný, který uplatní právo na pojistné plnění za pracovní neschopnost podle čl. 6 a který není účastníkem nemocenského pojištění, je povinen zajistit potvrzení lékaře o délce dočasné pracovní neschopnosti na formuláři pojistitele. Nesplní-li pojištěný tuto povinnost, pojistitel může snížit pojistné plnění úměrně tomu, jaký vliv mělo takové porušení povinnosti na rozsah pojistitelovy povinnosti plnit.

Článek 8

Výluky z pojištění

1) Toto pojištění se nevztahuje na pracovní neschopnost v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací či následků:

- nemoci, která vznikla či byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jejíž příznaky se projeví před tímto dnem (to se týká též zhoršení nebo projevení se nemoci, k němuž dojde v důsledku úrazu); tato výluka však neplatí, pokud pracovní neschopnost nastala v důsledku takové nemoci po pěti letech ode dne počátku tohoto pojištění, popřípadě ode dne účinnosti změny tohoto pojištění,
- operace, která byla naplánována nebo jejíž potřeba byla stanovena příslušným lékařem přede dnem počátku tohoto pojištění, pokud pojištěný při uzavření pojistné smlouvy o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl,
- úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění, respektive přede dnem počátku předběžného pojištění, bylo-li sjednáno,
- porodu, rizikového těhotenství nebo stavů a komplikací souvisejících s těhotenstvím, potratu nebo umělého přerušení těhotenství, pokud přerušení těhotenství není z lékařského hlediska nezbytné k záchraně života pojištěného,
- umělého oplodnění,
- zároku či zásahu, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelistí, kosmetické zákroky, sterilizace),
- duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou pracovní neschopnosti některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí); tato výluka však neplatí, pokud příčinou pracovní neschopnosti je duševní porucha nebo porucha chování, která vznikla v důsledku úrazu pojištěného,
- onemocnění zad (diagnózy M40 až M54 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí) a s nimi související nemoci nervové soustavy (diagnózy označené v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí písmenem G).

2) Toto pojištění se dále nevztahuje na pracovní neschopnost v době, po kterou pojištěný pobývá v:

- zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- lázeňských léčebnách, ozdravovnách nebo sanatoriích,
- rehabilitačních zařízeních nebo ústavech, s výjimkou případů, kdy pobyt v nich časově (nejpozději do sedmi pracovních dnů) navazuje na předchozí pobyt v nemocnici a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu.

3) Toto pojištění se rovněž nevztahuje na pracovní neschopnost v době, po kterou:

- je pojištěný nezaměstnaným nebo je veden v evidenci uchazečů o zaměstnání u příslušného úřadu práce,
- je pojištěný na mateřské či rodičovské dovolené.

4) Pojistitel není povinen pojistné plnění z tohoto pojištění poskytnout v případě, že pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným.

Článek 9

Zánik pojištění

Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká posledním dnem pojistného období, ve kterém:

- pojištěný naposledy vykonával výdělečnou činnost, nebo ve kterém měl z takové činnosti naposledy pravidelný příjem, přestože její výkon neukončil či nepřerušil (včetně případů, kdy se tak stane z důvodu mateřské nebo rodičovské dovolené pojištěného),
- je pojištěnému přiznán starobní důchod podle zákona o důchodovém pojištění, nebo
- je pojištěný uznán plně invalidním.

ČÁST 3

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD Pobytu v nemocnici

Článek 10

Pojistná událost

1) Pojistnou událostí je hospitalizace pojištěného v důsledku nemoci, těhotenství, potratu, porodu nebo úrazu.

2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitá hospitalizace, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během jejího trvání. Pokud je pojištěný den následující po ukončení jedné hospitalizace znovu hospitalizován v důsledku stejné nemoci, těhotenství, potratu, porodu nebo úrazu, považuje se tato hospitalizace za pokračování předcházející hospitalizace.

Článek 11

Pojistné plnění

1) Pojistné plnění bude poskytnuto pouze za podmínky, že pojištěný je hospitalizován na území kteréhokoli členského státu Evropské unie či na území Švýcarska, Norska nebo Islandu.

2) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví jako součin počtu dnů hospitalizace podle odst. 3) a

- pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě za prvních 30 dnů hospitalizace,
- jedenapůlnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě za 31. až 90. den hospitalizace,
- dvojnásobku pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě od 91. dne hospitalizace.

3) Za den hospitalizace se považuje každá půlnoc, po kterou je pojištěný hospitalizovaný. Pojistitel však poskytne pojistné plnění za pobyt v nemocnici pouze za dobu, po kterou je taková hospitalizace z lékařského hlediska nezbytná, a to i pokud je skutečná doba hospitalizace delší, maximálně však za tři sta šedesát pět dnů.

4) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení hospitalizace, popřípadě poté, co tato hospitalizace přestane být z lékařského hlediska nezbytná. Pokud však hospitalizace trvá déle než tři měsíce, může pojistitel pojištěnému na základě jeho žádosti v písemné formě poskytnout průměrnou zálohu na pojistné plnění.

5) Pojistné plnění bude za dobu po zániku tohoto pojištění poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.

Článek 12

Výluky z pojištění

1) Toto pojištění se nevztahuje na hospitalizaci v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací či následků:

- a) nemoci, která vznikla či byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jejíž příznaky se projeví před tímto dnem (to se týká též zhoršení nebo projevení se nemoci, k němuž dojde v důsledku úrazu); tato výluka však neplatí, pokud byl pojištěný hospitalizován v důsledku takové nemoci po pěti letech ode dne počátku tohoto pojištění, popřípadě ode dne účinnosti změny tohoto pojištění,
- b) hospitalizace nebo operace, které byly naplánovány nebo jejichž potřeba byla stanovena příslušným lékařem přede dnem počátku tohoto pojištění, pokud pojištěný při uzavření pojistné smlouvy o této skutečnosti věděl nebo vědět mohl,
- c) úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění, respektive přede dnem počátku předběžného pojištění, bylo-li sjednáno,
- d) umělého přerušení těhotenství, pokud není z lékařského hlediska nezbytné k záchraně života pojištěného,
- e) umělého oplodnění,
- f) zákroku či zásahu, který je proveden na žádost pojištěného a který není z lékařského hlediska nezbytný (například zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky, sterilizace),
- g) duševní poruchy nebo poruchy chování (je-li hlavní diagnózou pobytu v nemocnici některá z diagnóz F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí); tato výluka však neplatí, pokud příčinou pobytu v nemocnici je duševní porucha nebo porucha chování, která vznikla v důsledku úrazu pojištěného.

2) Toto pojištění se dále nevztahuje na pobyt pojištěného v:

- a) léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích,
- b) léčebnách, ústavech a odděleních pro chronicky nemocné (v odděleních tzv. následné péče),
- c) ústavech sociální péče nebo ve zvláštních dětských odborných léčebných zařízeních,
- d) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
- e) vězeňských nemocnicích nebo na ošetrovnách vojenských útvarů,
- f) lázeňských léčebnách, ozdravovnách nebo sanatoriích,
- g) rehabilitačních zařízeních nebo ústavech, s výjimkou případů, kdy pobyt v nich časově (nejpozději následující den) navazuje na předchozí hospitalizaci a je z lékařského hlediska nezbytný za účelem doléčení nemoci nebo následků úrazu,
- h) nemocnicí nebo jakémkoli jiném zařízení, pokud pojištěný pouze doprovází hospitalizovanou osobu.

ČÁST 4

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD VÁŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ

Článek 13

Pojistná událost

1) Pojistnou událostí je vážné onemocnění uvedené v čl. 14 nebo 15, na které se pojištění podle varianty sjednané v pojistné smlouvě vztahuje a které vznikne během trvání pojištění.

2) Za den vzniku pojistné události se pro účely tohoto pojištění považuje den, kdy:

- a) příslušné odborné pracoviště zdravotnického zařízení nebo psychologie:
 - i) poprvé stanovilo diagnózu onemocnění, pokud není níže stanoveno jinak,
 - ii) provedlo kardiologickou operaci podle čl. 14 odst. 1) písm. b), čl. 15 odst. 2) písm. a), m), o) a čl. 15 odst. 3) písm. h),
 - iii) zařadilo pojištěného do dialyzačního nebo dialyzačně-transplantačního programu podle čl. 14 odst. 2) písm. a) nebo čl. 15 odst. 2) písm. b), nebo
 - iv) provedlo transplantaci uvedenou v čl. 14 odst. 2) písm. e) nebo čl. 15 odst. 2) písm. f), anebo
- b) se narodila vícercata podle čl. 15 odst. 4) písm. e) a čl. 15 odst. 5) písm. g), anebo
- c) zemřela rodička při porodu podle čl. 15 odst. 4) písm. f) a čl. 15 odst. 5) písm. h) anebo
- d) příslušný orgán státní správy vydal rozhodnutí, podle kterého má pojištěný sníženou soběstačnost ve smyslu čl. 15 odst. 3) písm. e).

Článek 14

Vážná onemocnění dětí

1) Pokud je pojištěným dítě a v pojistné smlouvě je sjednána varianta pojištění **Basic**, vztahuje se toto pojištění na následující onemocnění:

- a) **rakovinu** (zhoubný novotvar), tj. přítomnost histologicky potvrzeného maligního nádoru, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace;
- b) **kardiologické operaci** na podkladě vrozené srdeční vady; toto onemocnění je považováno za vážné onemocnění, vyžaduje-li vrozená srdeční vada kardiologickou intervenci. Podmínkou pro splnění kritéria vážného onemocnění je projevení se prvních příznaků srdeční vady, jejich diagnostika a provedení operace v době trvání pojištění. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu;
- c) **nitrolební nádory nezhooubného původu**, tj. benigní nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje život útlakem okolní tkáně, pokud je potvrzen neurologickým vyšetřením a schválen neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku. Je-li nádor hodnocen lékařem specialistou v oboru neurochirurgie jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické postižení;
- d) **lymfom**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu;
- e) **leukemií**, tj. zhoubné onemocnění krvetvorby. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie;
- f) **Hodgkinovu chorobu**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění a musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie.

2) Pokud je pojištěným dítě a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění

Standard, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v předchozím odstavci a dále na následující onemocnění:

- a) **totální selhání ledvin** zahrnující pokročilé stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případného zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby;
- b) **příčinou míšní lézi**, tj. plegii charakterizovanou jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volního pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí následkem nemoci nebo úrazu, pokud je potvrzena lékařem specialistou v oboru neurologie nejdříve tři měsíce po stanovení diagnózy;
- c) **klinicky potvrzenou slepotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko a pokud je taková ztráta zraku potvrzena lékařem specialistou v oboru očního lékařství;
- d) **klinicky potvrzenou hluchotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem a pokud je klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL;
- e) **životně nezbytnou transplantaci důležitých tělesných orgánů**, tj. transplantaci srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřene, při které je pojištěný příjemcem;
- f) **diabetes mellitus I. typu**, tj. onemocnění cukrovkou, při němž je pojištěný plně závislý na pravidelné aplikaci inzulínu, pokud je potvrzena laboratorními testy a vyšetřením na odborném pracovišti diabetologie, respektive dětské endokrinologie;
- g) **epilepsii typu Grand Mal**, tj. výskyt alespoň tří (a více) generalizovaných tonicko-klonických záchvatů (náhlá porucha vědomí s pádem a křečemi svalstva) v průběhu prvního roku od stanovení diagnózy, kdy pojištěný trvale užívá medikamenty, tzv. antiepileptika, pokud jsou diagnóza, trvalá medikace a výskyt těchto záchvatů potvrzeny objektivním nálezem neurologického vyšetření včetně nálezu EEG a MR nejdříve jeden rok po stanovení diagnózy;
- h) **meningitidu**, tj. zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením, pokud jsou diagnóza a trvalé neurologické poškození potvrzeny objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy;
- i) **encefalitidu**, tj. zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy, pokud jsou diagnóza a trvalé neurologické poškození potvrzeny objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.

3) Pokud je pojištěným dítě a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Exclusive**, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v odst. 1) a 2) a dále na následující onemocnění:

- a) **celiakii**, tj. autoimunní onemocnění, při kterém je primárně postiženým orgánem tenké střevo a pojištěný je trvale odkázán na dodržování bezlepkové diety, pokud jsou diagnóza včetně histologického nálezu z biopsického vyšetření postiženého orgánu a nutnost dietního

- režimu potvrzeny objektivním nálezem odborného interního pracoviště gastroenterologie;
- b) **juvenilní idiopatickou artritidu**, tj. autoimunitní chronické zánětlivé onemocnění pohybového aparátu, pokud chybí odpověď organismu na dostupnou léčbu nebo je-li prokázáno funkční omezení jednoho či více kloubů nebo páteře a pokud jsou diagnóza, refrakternost a funkční omezení kloubů či páteře potvrzeny nálezem odborného pracoviště dětské revmatologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy;
- c) **fulminantní meningokokové onemocnění**, tj. náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému. Diagnóza a trvalé neurologické poškození musí být potvrzeny objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy;
- d) **idiopatickou plicní fibrózu**, tj. zmožená vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii a pokud je diagnóza potvrzena odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně.

Článek 15

Vážná onemocnění dospělých osob

1) Pokud je pojištěným dospělá osoba a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Basic**, vztahuje se toto pojištění na následující onemocnění:

- a) **infarkt myokardu**, tj. prokázané a nezvratné poškození srdeční svaloviny, které je způsobeno nedostatečným krevním zásobením postižené oblasti, pokud diagnóza tohoto onemocnění současně splňuje následující kritéria:
- anamnézu typické bolesti v krajině srdeční,
 - čerstvé změny na EKG charakteristické pro infarkt myokardu,
 - zvýšenou hladinu srdečních enzymů;
- b) **náhlou cévní mozkovou příhodu**, tj. infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z nitrolebních cév, jejichž následkem je trvalý patologický neurologický nálezn, pokud je prokázano trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie nejdříve šest měsíců po vzniku tohoto onemocnění;
- c) **rakovinu** (zhoubný novotvar), tj. přítomnost histologicky potvrzeného maligního nádoru, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM nebo jiné klasifikace;
- d) **nitrolební nádory nezhooubného původu**, tj. benigní nádor mozku, mozkových blan a prodloužené míchy, který ohrožuje život útlakem okolní tkáně, pokud je potvrzen neurologickým vyšetřením a schválen neurochirurgickým pracovištěm k operačnímu zákroku. Je-li nádor hodnocen lékařem specialistou v oboru neurochirurgie jako neoperabilní, musí objektivní neurologické vyšetření provedené lékařem specialistou v oboru neurologie prokázat trvalé neurologické postižení;
- e) **lymfom**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie včetně histologického nálezu;
- f) **leukemii**, tj. zhoubné onemocnění krvetvorby. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie;
- g) **Hodgkinovu chorobu**, tj. zhoubné onemocnění lymfatického systému. Diagnóza musí splňovat parametry II. a vyššího klinického stadia onemocnění a musí být potvrzena odborným lékařem v oboru hematologie.

2) Pokud je pojištěným dospělá osoba a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Standard**, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v předchozím odstavci a dále na následující onemocnění:

- a) **akutní koronární syndrom**, tj. náhlé bolesti na hrudi, které vyžadují koronarografické vyšetření srdečních tepen, pokud je nalezena natolik významná stenóza koronárních artérií, že vyžaduje zavedení stentu nebo operaci s provedením aorto-koronárního by-passu;
- b) **totální selhání ledvin** zahrnující pokročilé stadium selhávání ledvin vyznačující se nezvratným selháním funkce obou ledvin a nutností pravidelné dlouhodobé dialýzy a případné zařazení do integrovaného dialyzačně-transplantačního programu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm nefrologie včetně potvrzení o zařazení do dialyzační léčby;
- c) **příčnou míšni lézi, tj. plegii** charakterizovanou jako úplná a trvalá ztráta funkce (aktivního volného pohybu) dvou nebo více končetin po ochrnutí následkem nemoci nebo úrazu, pokud je potvrzena lékařem specialistou v oboru neurologie nejdříve tři měsíce po stanovení diagnózy;
- d) **klinicky potvrzenou slepotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem, pokud je zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace 3/60 nebo méně na každé oko a pokud je taková ztráta zraku potvrzena lékařem specialistou v oboru očního lékařství;

- e) **klinicky potvrzenou hluchotu**, tj. úplnou, trvalou a nenávratnou ztrátu sluchu obou uší, pokud ji nelze změnit lékařským zákrokem a pokud je klinicky potvrzena audiometrickým vyšetřením, tympanometrií a vyšetřením akustického reflexu odborným pracovištěm ORL;
- f) **životně nezbytnou transplantaci důležitých tělesných orgánů**, tj. transplantaci srdce, plic, jater, slinivky břišní, ledviny nebo kostní dřene, při které je pojištěný příjemcem;
- g) **Alzheimerovu chorobu** (demenci), tj. chronické progresivní onemocnění nervové soustavy na základě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn. Alzheimerovou demencí se rozumí získaná porucha paměti a dalších kognitivních schopností, která je natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem postiženého jedince. Diagnóza musí splňovat kritéria tzv. pravděpodobné Alzheimerovy nemoci (klinicky definována vzhledem k aktuálním poznatkům lékařské vědy), pokud je toto onemocnění současně potvrzeno klinickým vyšetřením psychologa, psychiatra i neurologa, a musí být vyloučena jiná onemocnění napodobující demenci (například depresivní pseudodemence) a dále doložena nálezem MMSE skóre či jiné neuropsychologické škály a nálezem CT nebo MRI vyšetření. Toto pojištění se na toto onemocnění dále vztahuje pouze za podmínky, že zdravotní stav pojištěného vyžaduje trvalou pomoc a dohled druhé osoby při běžných denních osobních úkonech a že ke vzniku tohoto onemocnění došlo nejpозději v roce, kdy je pojištěnému šedesát let;
- h) **Parkinsonovu chorobu**, tj. progredující neurologické onemocnění způsobené úbytkem buněk produkujících přenašeč dopamin. Charakteristickými příznaky tohoto onemocnění jsou rigidita svalů, poruchy držení těla, svalový třes, zpomalení volných pohybů. Toto pojištění se na toto onemocnění vztahuje za podmínky, že je diagnóza potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu CT nebo MRI a pomocí L-dopa testu, přičemž klinický stupeň závažnosti tohoto onemocnění splňuje podmínky třetího nebo vyššího stupně postižení dle stupnice Hoehn a Yahr, u pojištěného se denně (za předpokladu, že by byla vysozna terapeutie) vyskytuje hypokineze, rigidita svalů, klidový tremor nebo posturální instabilita a současně odpověď na dopaminergní terapii (L-dopa nebo jiné dopaminové agonisty) a že ke vzniku tohoto onemocnění došlo nejpозději v roce, kdy je pojištěnému šedesát let;
- i) **amyotrofickou laterální sklerózu**, tj. degenerativní onemocnění centrálního i periferního motoneuronu, projevující se rychlou progresí. Postihuje svalové skupiny končetin, trupu a polykacího svalstva. Diagnóza musí být potvrzena klinickým neurologickým vyšetřením včetně uvedení nálezu EMG vyšetření a nálezu MR mozku a krční míchy, eventuálně vyšetřením mozkomíšního moku;
- j) **systémový lupus erythematosus**, tj. multiorgánové autoimunitní onemocnění (difúzní onemocnění pojivové tkáně), které je charakterizováno tvorbou autoprotilátek proti různým strukturám buněčného jádra, pokud je diagnóza klinicky potvrzena odborným lékařem revmatologem na podkladě příkazu čtyř nebo více klasifikačních kritérií ACR (American College of Rheumatology);
- k) **cukrovku (diabetes mellitus)**, tj. chronické onemocnění, které vzniká v důsledku absolutního (typ I) nebo částečného (typ II) nedostatku inzulínu vedoucího k poruše metabolismu cukru. Za vážné onemocnění podle těchto pojistných podmínek se považuje takové onemocnění cukrovkou, které vede nejméně k jedné z následujících pozdních cévních komplikací: infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, slepotě nebo k selhání funkce ledvin. Cévní komplikace infarkt myokardu musí splňovat všechna tři následující kritéria: anamnézu typické bolesti v krajině srdeční, charakteristické čerstvé změny na EKG a zvýšenou hladinu srdečních enzymů. Cévní komplikace cévní mozková příhoda musí být charakterizována jako infarkt mozkové tkáně nebo krvácení z nitrolebních cév, jejichž následkem je trvalé neurologické poškození doložené objektivním nálezem lékaře, a to nejdříve šest měsíců po vzniku onemocnění. Slepotu, jejíž příčinou je cévní komplikace diabetu, musí splňovat ztrátu zrakové ostrosti 3/60 nebo méně na každé oko. Selhání funkce ledvin, jehož příčinou je cévní komplikace diabetu, se vyznačuje nezvratným selháváním funkce obou ledvin s nutností trvalé a dlouhodobé dialyzační léčby. Diagnóza cukrovky s přítomností pozdní cévní komplikace musí být potvrzena odborným lékařem v oboru diabetologie a lékařem specialistou v oboru kardiologie nebo neurologie nebo očního lékařství nebo v oboru nefrologie;
- l) **rupturu aneuryzmatu mozkové tepny**, tj. prtržení vřutě mozkové tepny s následkem nitrolebního krvácení. Musí být prokázano trvalé objektivně zjištěné neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie, a to nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy;
- m) **operaci věnčitých (koronárních) tepen**, tj. operační kardiochirurgický výkon provedený z důvodu ischemické choroby srdeční, při němž je pojištěnému provedený tzv. koronární bypass (CABG, ACVB) s použitím transplantátu při otevřeném hrudníku pro funkčně významné postižení věnčitých tepen. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu;
- n) **chronickou glomerulonefritidu**, tj. dlouhodobé zánětlivé onemocnění

ledvinných klubiček vznikající v důsledku aktivace imunitních mechanismů, které má za následek chronické selhání ledvin s nutností trvalé dialyzační léčby. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm nefrologie včetně histologického nálezu na základě provedené biopsie ledvin a potvrzení o zařazení do dialyzační léčby;

- o) **náhradu jedné nebo více srdečních chlopní umělou chlopní** z důvodu stenózy nebo nedomykavosti operační cestou. Kardiochirurgický operační výkon zahrnuje náhradu aortální, mitrální, plicní nebo trikuspidální chlopně. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu;
- p) **meningitidu**, tj. zánět mozkových blan vedoucí k těžkým a trvalým neurologickým poškozením. Diagnóza a trvalé neurologické poškození musí být potvrzeny objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy;
- q) **encefalitidu**, tj. zánět mozku vedoucí k těžkým a trvalým poškozením centrální nervové soustavy. Diagnóza a trvalé neurologické poškození musí být potvrzeny objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy.

3) Pokud je pojištěným dospělá osoba a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Exclusive**, vztahuje se toto pojištění na všechna onemocnění uvedená v odst. 1) a 2) a dále na následující onemocnění:

- a) **primární kardiomyopatii**, tj. postižení srdečního svalu provázené poruchou jeho funkce bez průkazu jiné příčiny (onemocnění vzniká jako samostatná choroba), pokud odborným lékařem kardiologem klinicky potvrzená diagnóza, včetně nálezu vyšetření echokardiografie a MR srdečního svalu, tohoto onemocnění splňuje alespoň jedno z následujících kritérií:
 - i) dilatace (rozšíření) a systolická dysfunkce levé nebo obou komor (dilatační kardiomyopatie),
 - ii) neadekvátní hypertrofie myokardu (zbytnění, zvláště přepážky) s diastolickou dysfunkcí (myokardiální kardiomyopatie),
 - iii) těžká diastolická dysfunkce, především na podkladě amyloidosy (restrikční kardiomyopatie),
 - iv) arytmogenní dysplasie pravé komory (nahrazování svaloviny pravé komory tukem a vazivem);
- b) **roztřesenou sklerózu**, tj. autoimunitní víceožiskové chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému, které vede jak k demyelinizaci nervových vláken, tak k jejich přímé ztrátě, pokud je prokázáno trvalé neurologické postižení doložené objektivním nálezem lékaře specialisty v oboru neurologie, při splnění tzv. MacDonalдовых diagnostických kritérií včetně uvedení MR nálezu nejdříve šest měsíců po vzniku prvních příznaků tohoto onemocnění;
- c) **fulminantní meningokokové onemocnění**, tj. náhle vzniklé onemocnění potvrzené odborným lékařským vyšetřením včetně bakteriologického vyšetření krve a mozkomíšního moku, vedoucí k těžkým a trvalým poškozením nervového systému. Diagnóza a trvalé neurologické poškození musí být potvrzeny objektivním nálezem odborného pracoviště neurologie nejdříve šest měsíců po stanovení diagnózy;
- d) **idiopatickou plicní fibrózu**, tj. zmožnění vazivové tkáně v oblasti plic bez zjevné příčiny v těžké formě s přítomnou plicní hypertenzí a respirační insuficiencí, pokud vyžaduje dlouhodobou domácí oxygenoterapii a pokud je diagnóza potvrzena odborným plicním lékařem včetně histologického nálezu z provedené biopsie tkáně;
- e) **sníženou soběstačnost**, tj. takový dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost. Za dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav se považuje tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované zdravotní postižení, jehož dopady činí pojištěného závislým na pomoci jiné osoby. Toto pojištění se na toto onemocnění vztahuje za podmínky, že snížená soběstačnost je prokázána odborným vyšetřením včetně všech relevantních (laboratorních, klinických a jiných) nálezů a doložena příslušným rozhodnutím posudkového orgánu státní správy o III. nebo IV. stupni závislosti podle zákona o sociálních službách a odbornými lékařskými zprávami, na základě kterých bylo toto rozhodnutí vydáno;
- f) **glaukom**, tj. neurodegenerativní onemocnění, při němž odumírají nervová vlákna zrakového nervu a které má za následek trvalou a nenávratnou ztrátu zraku obou očí, kdy takový stav nelze změnit lékařským zákrokem a kdy zraková ostrost podle tabulky Světové zdravotnické organizace je 3/60 nebo méně na každé oko. Ztráta zraku musí být potvrzena lékařem specialistou v oboru očního lékařství;
- g) **HIV nákazu**, tj. nákazu virem lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus – HIV) nebo syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrom – AIDS). K naze musí dojít během běžné pracovní činnosti v zaměstnání lékaře nebo zubního lékaře, zdravotní sestry, středního zdravotnického pracovníka, hasiče nebo policisty, případně jako důsledek fyzického napadení při výkonu jejich povolání. Událost musí být nahlášena příslušným orgánům činným v dané věci a řádně vyšetřena v souladu s uznávanými metodami. Událost dále musí být oznámena

pojišťovně do sedmi dnů po incidentu a musí být doložena negativním výsledkem testu na HIV protilátky provedeného do sedmi dnů po incidentu. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem v oboru infektologie a doložena dalším testem provedeným do šesti měsíců od incidentu, který prokazuje přítomnost viru nebo jeho protilátek. Pojišťovna musí mít volný přístup ke všem vzorkům krve pojištěného a je oprávněna nechat provést nezávislé testy těchto vzorků. Pojištění se nevztahuje na hemofilii, na jakékoli infekce jiného druhu a na ostatní zdroje nákazy HIV (nitrozilní užívání drog či přenos pohlavním stykem a podobně);

- h) **operaci aorty**, tj. operační kardiochirurgický výkon na aortě provedený z důvodu chronického onemocnění aorty, vedoucího k jejímu roztržení nebo vzniku výdutě nebo na základě jejího vrozeného zúžení, kdy je nutno nahradit postiženou aortu umělou cévní náhradou. Vyloučeny jsou operace na větvích aorty nebo bypassy vystupující z aorty a vedoucí krev do periferního řečiště. Vyloučeny jsou i angioplastiky na aortě. Diagnóza a provedení operačního výkonu musí být potvrzeny odborným lékařem v oboru kardiologie včetně doložení operačního protokolu.
- 4) Pokud je pojištěným dospělá osoba mužského pohlaví a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Pro něj**, vztahuje se toto pojištění na všechna dále uvedená onemocnění:
- a) **rakovinu prostaty**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor prostaty, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
 - b) **rakovinu varlat, nadvarlat a šourku**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor varlat nebo nadvarlat nebo šourku, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
 - c) **rakovinu penisu**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor penisu, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
 - d) **rakovinu prsu**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor prsu, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
 - e) **narození vícečet**, tj. porod tří a více živě narozených dětí, kdy těhotenství musí vzniknout v době trvání pojištění. Narození je třeba doložit kopii rodných listů dětí, kde pojištěný je uveden jako otec narozených dětí;
 - f) **úmrtí rodičky při porodu**, kdy podmínkou pro vznik nároku na pojištění plnění je úmrtí matky-rodičky během porodu nebo bezprostředně po něm a narození živého dítěte. Narození je třeba doložit kopií rodného listu dítěte, kde pojištěný je uveden jako otec narozeného dítěte. Porod musí být veden lékařem v ústavním zdravotnickém zařízení (porodnici); jde-li o porod vedený mimo ústavní zařízení, musí se jednat o tzv. překotný porod, kdy nebylo možné včas zajistit rodičce odpovídající odbornou zdravotní péči. Úmrtí rodičky při porodu musí být doloženo Závěrečnou zprávou o rodičce;
 - g) **vrozené vady živě narozených dětí**, kdy těhotenství musí vzniknout v době pojištění. Narození je třeba doložit kopii rodných listů dětí, kde pojištěný je uveden jako otec narozených dětí:
 - i) **Downův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
 - ii) **Edwardsův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
 - iii) **Patauův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
 - iv) **Spina bifida**, tj. zjištěná vrozená vada u vlastního narozeného dítěte charakterizovaná defektem páteře ve střední čáře, který má za následek prolaps obsahu páteřního kanálu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive pediatrie;
 - v) **DMD (Duchenne Muscular Dystrophy) / BMD (Becker Muscular Dystrophy)**, tj. genetické nervosvalové onemocnění vlastního dítěte projevující se postupným ochabováním svalstva. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neurologie včetně doložení histologického nálezu po provedené biopsii svalové tkáně.

5) Pokud je pojištěným dospělá osoba ženského pohlaví a v pojistné smlouvě sjednána varianta pojištění **Pro ni**, vztahuje se toto pojištění na všechna dále

uvedená onemocnění:

- a) **rakovinu prsu**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor prsu, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- b) **rakovinu dělohy (děložního těla)**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor děložního těla, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- c) **rakovinu vaječníků a vejcovodů**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor vaječníků nebo vejcovodů, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- d) **rakovinu pochvy**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor pochvy, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- e) **rakovinu vulvy**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor zevních rodidel, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- f) **rakovinu děložního čípku**, tj. histologicky potvrzený maligní nádor děložního čípku, který se vyznačuje nekontrolovatelným růstem a rozšiřováním maligních buněk do zdravé tkáně. Diagnóza musí být potvrzena odborným lékařem s doložením histologického nálezu včetně uvedení TNM klasifikace;
- g) **narození vícčetat**, tj. porod tří a více živě narozených dětí, kdy těhotenství pojištěného musí vzniknout v době pojištění. Narození je třeba doložit propouštěcí zprávou z porodnice a kopiemi rodných listů dětí;
- h) **úmrť rodičky při porodu**, kdy podmínkou pro vznik nároku na pojistné plnění je úmrtí pojištěného-rodičky během porodu nebo bezprostředně po něm a narození živého dítěte. Narození je třeba doložit kopií rodného listu dítěte. Porod musí být veden lékařem v ústavním zdravotnickém zařízení (porodnici); jde-li o porod vedený mimo ústavní zařízení, musí se jednat o tzv. překotný porod, kdy nebylo možné včas zajistit rodiče odpovídající odbornou zdravotní péčí. Úmrtí rodičky při porodu musí být doloženo Závěrečnou zprávou o rodiče;
- i) **vrozené vady živě narozených dětí**, kdy těhotenství pojištěného musí vzniknout v době pojištění. Narození je třeba doložit kopiemi rodných listů dětí:
 - i) **Downův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
 - ii) **Edwardsův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
 - iii) **Patauův syndrom**, tj. zjištěná chromozomální abnormalita u vlastního narozeného dítěte doprovázená mentální retardací a velmi často srdečními a jinými vrozenými vadami. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive lékařské genetiky a pediatrie;
 - iv) **Spina bifida**, tj. zjištěná vrozená vada u vlastního narozeného dítěte charakterizovaná defektem páteře ve střední čáře, který má za následek prolaps obsahu páteřního kanálu. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neonatologie, respektive pediatrie;
 - v) **DMD (Duchenne Muscular Dystrophy) / BMD (Becker Muscular Dystrophy)**, tj. genetické nervosvalové onemocnění vlastního dítěte projevující se postupným ochabováním svalstva. Diagnóza musí být potvrzena odborným pracovištěm neurologie včetně doložení histologického nálezu po provedené biopsii.

Článek 16

Pojistné plnění

- 1) Nastane-li pojistná událost z tohoto pojištění, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši pojistné částky s následujícími výjimkami:
 - a) v případě narození vícčetat podle čl. 15 odst. 4) písm. e) a čl. 15 odst. 5) písm. g) poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši jedné pětiny pojistné částky,
 - b) v případě vrozené vady živě narozeného dítěte podle čl. 15 odst. 4) písm. g) a čl. 15 odst. 5) písm. i) poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši jedné poloviny pojistné částky.

2) Pojištění pro případ vážných onemocnění lze sjednat buď s konstantní pojistnou částkou, nebo s lineárně klesající pojistnou částkou.

3) V případě souběhu více onemocnění jednoho pojištěného poskytne pojistitel pojistné plnění pouze za jedno takové onemocnění.

- 4) Pojistné plnění z tohoto pojištění nebude poskytnuto v případě, že
 - a) pojistná událost nastane z jiného důvodu než následkem úrazu do konce šestého měsíce od počátku pojištění,
 - b) pojištěný zemře do třiceti dnů ode dne vzniku pojistné události následkem téhož onemocnění, které bylo příčinou pojistné události; to neplatí pro úmrtí rodičky při porodu podle čl. 15 odst. 4) písm. f) a čl. 15 odst. 5) písm. h).

Článek 17

Výluky z pojištění

1) Toto pojištění se nevztahuje na následující onemocnění nebo jiné nemoci či zácroky a jakékoli jejich příčiny, komplikace či následky:

- a) onemocnění, které vzniklo přede dnem počátku tohoto pojištění a pro které byl pojištěný před tímto dnem léčen či lékařsky sledován nebo jehož příznaky se projevíly před tímto dnem,
- b) tichý srdeční infarkt,
- c) reverzibilní mozkovou ischemii a tranzitorní ischemické záchvaty,
- d) kožní karcinomy s výjimkou invazivních melanomů,
- e) tumory, které jsou histologicky popsány jako premaligní (prekancerosa),
- f) první stadium Hodgkinovy choroby (non Hodgkinův lymfom),
- g) neinvazivní stadia nádorů (tzv. karcinom in situ),
- h) dysplazie děložního čípku klasifikované jako CIN I, CIN II a CIN III,
- i) nádory v důsledku choroby AIDS,
- j) chronickou lymfatickou leukémií,
- k) prchavou slepotu,
- l) transplantaci buněk Langerhansových ostrůvků slinivky břišní (pankreatu),
- m) ostatní demence a ostatní onemocnění napodobující demenci (například depresivní pseudodemence),
- n) parkinsonský syndrom (sekundární parkinsonské příznaky),
- o) sekundární kardiomyopatie, tj. jako následek či komplikace jiného onemocnění a kardiomyopatie vzniklé jako důsledek nadměrného požívání alkoholu (tzv. alkoholové onemocnění srdce),
- p) provedení výkonu na koronárních tepnách, tzv. PTCA (angioplastika koronárních tepen),
- q) porod vedený plánovaně mimo odborné ústavní zařízení (porodnici).

2) Toto pojištění se dále nevztahuje na vážné onemocnění, které bylo přímo či nepřímo způsobeno:

- a) záměrným vystavováním se nadměrnému riziku,
- b) nemocí AIDS nebo infekcí HIV,
- c) následkem úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění,
- d) duševní poruchou nebo poruchou chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí),
- e) opakovaným a déletrvajícím působením azbestu při práci s azbestem.

Článek 18

Zánik pojištění

1) Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká dnem vzniku pojistné události; to neplatí v případě narození vícčetat podle čl. 15 odst. 4) písm. e) a čl. 15 odst. 5) písm. g).

2) Zanikne-li toto pojištění podle předchozího odstavce, nejsou tím dotčeny povinnosti pojištěného související s takovou pojistnou událostí ani povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v souvislosti s takovou pojistnou událostí.

ČÁST 5

POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE

Článek 19

Pojistná událost

1) Pojistnou událostí je ošetřování pojištěného dítěte, pokud začne během trvání pojištění a pokud v souvislosti s ním vznikne právo na ošetřovné podle ustanovení § 39 odst. 1) písm. a) bodu 1 zákona o nemocenském pojištění, které příslušný lékař pojištěného dítěte potvrdil na formuláři vystaveném podle uvedeného zákona.

2) Jednou pojistnou událostí je nepřetržitě ošetřování pojištěného dítěte, a to bez ohledu na případnou změnu diagnózy během trvání ošetřování. Pokud

den následující po ukončení jednoho ošetřování pojištěného dítěte začne další ošetřování pojištěného dítěte z důvodu stejného úrazu nebo nemoci, považuje se toto ošetřování pojištěného dítěte za pokračování předchozího ošetřování pojištěného dítěte.

Článek 20 **Pojistné plnění**

- 1) Podmínkou pro poskytnutí pojistného plnění je doložení práva na ošetřování na formuláři uvedeném v čl. 19 odst. 1), jehož součástí je potvrzení zaměstnavatele o nástupu do zaměstnání po ukončení ošetřování.
- 2) Pojistné plnění z tohoto pojištění se stanoví jako součin počtu dnů ošetřování pojištěného dítěte podle následujícího odstavce po odečtení příslušné karenční doby a pojistné částky uvedené pro toto pojištění v pojistné smlouvě, a to i v případě, že nárok na ošetřování byl uznán pro více nemocí nebo úrazů.
- 3) Doba ošetřování pojištěného dítěte počíná prvním dnem ošetřování pojištěného dítěte stanoveným lékařem a končí dnem ukončení ošetřování pojištěného dítěte stanoveným lékařem; pojistné plnění z tohoto pojištění však bude poskytnuto maximálně za dobu devadesáti dnů ošetřování pojištěného dítěte, popřípadě za sto osmdesát dnů ošetřování pojištěného dítěte v případě více pojistných událostí v jednom roce.
- 4) Pojistné plnění z tohoto pojištění bude poskytnuto pouze za podmínky, že osoba, která má právo na pojistné plnění z tohoto pojištění, nevykonává po dobu ošetřování pojištěného dítěte podle předchozího odstavce žádnou výdělečnou činnost.
- 5) Pojistné plnění bude poskytnuto až po ukončení ošetřování pojištěného dítěte.
- 6) Pojistné plnění za dobu po zániku tohoto pojištění bude poskytnuto pouze v případě jeho zániku uplynutím pojistné doby.

Článek 21 **Výluky z pojištění**

- 1) Toto pojištění se nevztahuje na ošetřování pojištěného dítěte v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací a následků:
 - a) nemoci, která vznikla nebo byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou bylo pojištěné dítě před tímto dnem léčeno, lékařsky sledováno nebo jejíž příznaky se projevily před tímto dnem; tato výluka však neplatí, pokud k ošetřování pojištěného dítěte v důsledku takové nemoci došlo po pěti letech ode dne počátku tohoto pojištění, popřípadě ode dne účinnosti jeho změny,
 - b) úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění,
 - c) zákroku či zásahu, který je proveden na žádost zákonného zástupce pojištěného dítěte a který není z lékařského hlediska nezbytný (například zubní ošetření, chirurgie či ortopedie čelisti, kosmetické zákroky).
- 2) Toto pojištění se dále nevztahuje na ošetřování pojištěného dítěte v době, po kterou pojištěné dítě pobývá v:
 - a) zařízeních pro léčbu alkoholismu, toxikomanie, hráčské nebo jiné závislosti,
 - b) lázeňských léčebnách, ozdravných nebo sanatoriích,
 - c) rehabilitačních zařízeních nebo ústavech,
 - d) lůžkových zařízeních akutní péče.
- 3) Pojistitel není povinen pojistné plnění z tohoto pojištění poskytnout v případě, že pojistitel nebo příslušný orgán státní správy zjistil porušení léčebného režimu pojištěným dítětem.

Článek 22 **Zánik pojištění**

Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročnímu dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěné dítě dosáhne jedenácti let.

ČÁST 6 **POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PĚČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ DÍTĚ**

Článek 23 **Pojistná událost**

- 1) Pojistnou událostí je takové zdravotní postižení pojištěného dítěte, které vznikne během trvání pojištění, pokud se pojištěné dítě v jeho důsledku považuje

za závislé na pomoci jiné osoby. Závislost na pomoci jiné osoby znamená III. nebo IV. stupeň závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné fyzické osoby podle zákona o sociálních službách nebo skutečnost, že pojištěnému dítěti vzniklo právo na příspěvek na péči podle zákona o sociálních službách potvrzená posudkem nebo rozhodnutím příslušného správního orgánu a v případě pochybností potvrzená lékařem určeným pojistitelem.

- 2) Jakékoli z následujících postižení se vždy považuje za postižení podle předchozího odstavce:
 - a) úplná a trvalá ztráta zraku v důsledku nemoci nebo úrazu,
 - b) úplná a trvalá ztráta sluchu v důsledku nemoci nebo úrazu,
 - c) ztráta dvou nebo více končetin; o ztrátu končetiny se jedná v případě ztráty ruky nad zápěstím a v případě ztráty nohy nad hlezenním kloubem,
 - d) úplné a trvalé ochrnutí dvou nebo více končetin.
- 3) Za den vzniku pojistné události se považuje den uvedený v posudku nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy, od kterého bylo pojištěné dítě uznáno závislým na pomoci jiné osoby.

Článek 24 **Pojistné plnění**

- 1) Pojistným plněním z tohoto pojištění je podle toho, co je sjednáno v pojistné smlouvě:
 - a) pojistná částka, nebo
 - b) důchod.
- 2) Jednorázové pojistné plnění ve výši pojistné částky poskytne pojistitel poté, co mu bude prokázána závislost pojištěného dítěte na pomoci jiné osoby.
- 3) Je-li sjednáno pojistné plnění ve formě důchodu, pojistitel bude každý měsíc vyplácet částku ve výši jedné dvanáctiny důchodu podle odst. 1), a to počínaje prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po měsíci, ve kterém dojde ke vzniku pojistné události, do posledního dne kalendářního měsíce, ve kterém přestane být pojištěné dítě podle posudku nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy závislé na pomoci jiné osoby nebo do uplynutí pojistné doby tohoto pojištění, podle toho, co nastane dříve.

Článek 25 **Povinnosti oprávněné osoby**

- 1) Oprávněná osoba (zákonný zástupce pojištěného dítěte, respektive pojištěné dítě v době, kdy je zletilé) je na výzvu pojistitele bez zbytečného odkladu povinna:
 - a) předložit pojistiteli posudek nebo rozhodnutí příslušného orgánu státní správy o závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné osoby včetně odborných lékařských zpráv, na základě kterých byl tento posudek nebo toto rozhodnutí vydáno, nebo
 - b) zajistit, aby se pojištěné dítě kdykoli během trvání tohoto pojištění nebo v době výplaty důchodu podrobilo odbornému vyšetření lékařem určeným pojistitelem za účelem přezkoumání zdravotního stavu pojištěného dítěte (tj. jeho závislosti na pomoci jiné osoby).
- 2) Posudek nebo potvrzení podle odst. 1) písm. a) je oprávněná osoba dále povinna předat pojistiteli ke každému výročnímu dni počátku výplaty důchodu. Pojistitel si současně může za účelem posouzení závislosti pojištěného dítěte na pomoci jiné osoby vyžádat i přezkoumání zdravotního stavu dítěte (tj. jeho závislosti na pomoci jiné osoby) lékařem určeným pojistitelem.
- 3) Oprávněná osoba je povinna bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli snížení stupně závislosti pojištěného dítěte.
- 4) Splnění povinností podle odst. 1) a 2) je podmínkou poskytování důchodu; nesplní-li oprávněná osoba jakoukoli z těchto povinností, pojistitel pozastaví nebo ukončí výplatu důchodu.
- 5) Pro vyloučení pochybností se uvádí, že oprávněná osoba je povinna vrátit pojistiteli jakékoli částky důchodu vyplacené pojistitelem, pokud nebyly splněny všechny podmínky práva na jejich výplatu podle této části.

Článek 26 **Výluky z pojištění**

- Toto pojištění se nevztahuje na zdravotní postižení pojištěného dítěte, respektive jeho závislost na pomoci jiné osoby v důsledku následujících nemocí, tělesných poškození či jiných újem na zdraví nebo lékařských vyšetření či zákroků a jakýchkoli jejich příčin, komplikací a následků:
- a) nemoci, která vznikla či byla diagnostikována přede dnem počátku tohoto pojištění a pro kterou bylo pojištěné dítě před tímto dnem léčeno, lékařsky

- sledováno nebo její příznaky se projevily před tímto dnem; to se týká též zhoršení nebo projevení se nemoci, k němuž dojde v důsledku úrazu,
- úrazu, ke kterému došlo přede dnem počátku tohoto pojištění,
 - požívání alkoholu, zneužívání léků, aplikací omamných či toxických látek nebo přípravků tyto látky obsahujících,
 - duševní poruchy nebo poruchy chování (diagnózy F00 až F99 podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí), která vznikne po výročním dni počátku tohoto pojištění v roce, v němž pojištěné dítě dosáhne osmnácti let; tato výluka neplatí, pokud duševní porucha nebo porucha chování vznikla v důsledku úrazu.

Článek 27

Zánik pojištění

Vedle případů zániku pojištění podle všeobecných pojistných podmínek pro pojištění osob a podle zvláštních pojistných podmínek pro životní pojištění PERSPEKTIVA toto pojištění dále zaniká:

- dnem vzniku pojistné události; tím však nejsou dotčeny povinnosti zákonného zástupce pojištěného dítěte související s takovou pojistnou událostí ani povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění v souvislosti s takovou pojistnou událostí,
- nejpozději dnem bezprostředně předcházejícím výročním dni počátku pojištění v roce, v němž pojištěné dítě dosáhne dvaceti šesti let.

ČÁST 7

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Článek 28

Výklad pojmů

- Definice pojmů uvedené ve všeobecných pojistných podmínkách pro pojištění osob a ve zvláštních pojistných podmínkách pro životní pojištění PERSPEKTIVA platí i v těchto zvláštních pojistných podmínkách, není-li níže uvedeno či nevyplyvá-li z kontextu jinak.
- Nevyplyvá-li z kontextu jinak, mají následující pojmy v textu těchto zvláštních pojistných podmínek následující význam:
 - hospitalizace** znamená pobyt pojištěného na lůžkovém oddělení nemocnice, pokud pojištěný musí být ošetřen nebo léčen v nemocnici vzhledem k závažnosti nemoci, těhotenství, potratu, porodu nebo úrazu pojištěného nebo charakteru jejich ošetření, vyšetření či léčení,
 - karenční doba** znamená dobu uvedenou v pojistné smlouvě pro příslušné rizikové pojištění; karenční doba běží ode dne vzniku pojistné události a nenáleží za ni pojistné plnění; v případě pracovní neschopnosti v důsledku úrazu pojistné plnění náleží i za karenční dobu, pokud ji doba pracovní neschopnosti přesáhne,
 - lékař** znamená příslušného praktického nebo odborného lékaře, který disponuje potřebnými licencemi a který není pojistníkem, pojištěným nebo oprávněnou osobou nebo jejich osobou blízkou,
 - nemoc** znamená podle obecně uznávaného stavu lékařské vědy tělesnou nebo duševní poruchu zdravotního stavu pojištěného,
 - nemocnice** znamená lůžkové zdravotnické zařízení poskytující základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči na lůžkách akutní nebo neodkladné péče za účelem vyšetření, diagnostiky, ošetření nebo léčení pojištěného,
 - plná invalidita** znamená pokles schopnosti pojištěného vykonávat výdělečnou činnost z důvodu jeho dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který odpovídá nejvyššímu stupni invalidity podle zákona o důchodovém pojištění,
 - úraz** znamená neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly pojištěného nezávisle na jeho vůli, ke kterému došlo během trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno tělesné poškození nebo smrt,
 - vážné onemocnění** znamená nemoc, operaci či jiný zákrok nebo událost uvedená v čl. 14 a 15,
 - zákon o důchodovém pojištění** znamená zákon číslo 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
 - zákon o nemocenském pojištění** znamená zákon číslo 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
 - zákon o sociálních službách** znamená zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Pro účely pojištění pro případ vážných onemocnění platí i následující pojmy:
 - anamnéza typické bolesti v krajině srdeční** znamená tlakovou, svíravou bolest za hrudní kostí vystřelující do krku a levé horní končetiny,
 - angioplastika aorty** znamená rekonstrukci aorty,
 - benigní nádor** znamená nezhoubný novotvar,
 - biopsie** znamená odebrání příslušné tkáně k histologickému vyšetření,
 - čerstvá změna na EKG** znamená odchylky elektrokardiografické křivky od normálu až po projevy nemoci charakteristické pro infarkt myokardu (srdečního svalu); pro zdravou činnost srdce je křivka EKG pevně stanovena,
 - demyelinizace** znamená rozpad myelinových pochev,

- dialyzační léčba** znamená léčbu s náhradou funkce ledvin,
- dilatace koronární tepny** znamená rozšíření například zúženého úseku tepny,
- dysplazie** znamená histologické změny tkáně, které mohou předcházet vzniku nádoru,
- embolizace** znamená kousek krevní sraženiny, který ucpe tepnu jinde ve směru krevního proudu, než vznikl (například z hlubokých žil dolní končetiny se uvolní a dostane se až do mozkové cévy, kde zapříčiní její ucpání a následnou mozkovou příhodu),
- histologie** znamená mikroskopicky provedené vyšetření vzorku tkáně,
- hypokineze** znamená nedostatek volných pohybů,
- chromozomální abnormalita** znamená odlišný počet chromozomů (vláknité struktury buněčného jádra),
- chronická lymfatická leukémie** znamená onemocnění krve, kdy pacient má po dlouhou dobu (i několik roků) stejné laboratorní výsledky, aniž by se jeho stav zhoršoval,
- imunitní mechanismy** znamenají obranné mechanismy organismu,
- infarkt mozkové tkáně** znamená odumření části mozkové tkáně,
- infarkt myokardu** znamená odumření tkáně srdečního svalu po zamezení přívodu krve z uzavřené tepny,
- invasivní melanom** znamená kožní nádor, který se rychle rozšiřuje do jiných tkání i do okolí,
- inzulín** znamená hormon, který snižuje hladinu cukru v krvi,
- ischemická choroba srdeční** znamená onemocnění, při kterém srdeční sval trpí nedokrevností,
- karcinom in situ** znamená ohraničený zhoubný útvar v bezpečné zóně, který se dá z těla zcela odstranit,
- kožní karcinom** znamená zhoubný rakovinnotvorný kožní útvar,
- krvácení z nitrolebních cév** znamená krvácení z cévy mozku,
- Langerhansovy ostrůvky** znamenají částičky tkáně uvnitř slinivky břišní, které produkují několik hormonů, z nichž nejvýznamnější jsou inzulín a glukagon,
- leukémie, lymfom, Hodgkinova choroba** znamenají zhoubné druhy rakoviny krve a mízního systému,
- maligní nádor** znamená zhoubný novotvar, jehož růst je nekontrolovatelný,
- mentální retardace** znamená psychickou zaostalost,
- neurodegenerativní onemocnění** znamená onemocnění se stupňující se destrukcí (zničením) nervových buněk,
- odpověď na dopaminergní terapii** znamená pozitivní reakci organismu na léčbu,
- oxygenoterapie** znamená léčbu kyslíkem,
- posturální instabilita** znamená nestabilitu těla ve vzpřímené poloze,
- pre maligní nádor (prekancerosa)** znamená nález, který by mohl být rizikový pro vznik rakoviny (mohl by rakovině předcházet),
- prchavá slepota** znamená dočasnou poruchu vidění způsobenou například úrazem nebo po provedení operace, která je po určité době zcela vyléčitelná,
- prolaps** znamená výhrěz,
- první stadium Hodgkinovy choroby** znamená vyléčitelné stadium rakoviny mízního systému,
- příčná míšní léze, tj. plegie** znamená vyšetřeními potvrzené trvalé poškození míchy, které má za následek doživotní ochrnutí končetin,
- refrakternost** znamená neschopnost organismu reagovat na léčbu,
- prchavá insuficience** znamená dechovou nedostatečnost,
- reverzibilní mozková ischemie** znamená poškození mozku spočívající v dočasné změně mozkové tkáně, která se časem upraví (například funkce ochrnuté končetiny se časem vrátí do zcela normálního stavu),
- rigidita svalů** znamená svalovou ztuhlost,
- stenóza** znamená zúžení,
- tichý srdeční infarkt** znamená srdeční infarkt, při kterém pacient nemá žádné subjektivní potíže, které by ho nutily vyhledat odbornou lékařskou pomoc,
- tranzitorní ischemický záchvat (TIA)** znamená přechodnou mozkovou příhodu, kdy začátek onemocnění je zcela shodný s centrální mozkovou příhodou, ale po několika hodinách se stav pacienta upraví do normálu,
- tremor** znamená třes, mimovolní rytmický pohyb různých částí těla,
- trombolýza koronární tepny** znamená rozpuštění sraženiny krve, která ucpala tepnu, zavedením léku do žíly,
- trombóza** znamená srážení krve v cévách, které může být příčinou vzniku krevní sraženiny (trombu) a ucpání cévy; v tepnách má za následek nedokrevnost (ischemii) dané oblasti, v žilách zhoršuje odtok krve a může být zdrojem vmetku (embolu),
- zvýšená hladina srdečních enzymů** znamená laboratorní hodnoty (vyplavování enzymů do krve) typické pro poškození srdečního svalu.