

Na osnovu člana 39. stav 2. tačka 1. Zakona o osiguranju (Sl.List RCG br.78/06, 19/07, 53/09, 40/2011, 45/2012, 6/2013 i 55/2016) i člana 21. stav 1.tačka 9. Statuta Akcionarskog društva za životno osiguranje „Wiener Städtische“ Podgorica, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Odbor direktora Akcionarskog društva za životno osiguranje, „Wiener Städtische“ Podgorica, na sjednici održanoj dana 24.3.2020.godine donio je sljedeće uslove:

POSEBNE USLOVE

ZA DOPUNSKO OSIGURANJE LICA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE) UZ OSIGURANJE ŽIVOTA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za dopunsko osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su dio Ugovora o osiguranju života.

Pojedini izrazi u ovim Uslovima znače:

«**OSIGURAVAČ**» - Wiener Städtische životno osiguranje a.d. Podgorica

«**UGOVARAČ OSIGURANJA**» - lice koje sa osiguravačem zaključuje Ugovor o osiguranju,

«**PONUĐAČ**» - lice koje podnosi pisanu ponudu za osiguranje života

«**OSIGURANIK**» - lice od čijeg invaliditeta ili narušenja zdravlja usljed nesrećnog slučaja zavisi isplata osigurane sume,

«**KORISNIK**» - lice kome osiguravač na osnovu Ugovora o osiguranju isplaćuje osiguranu sumu,

«**PONUĐA**» - pisana izjava volje kojom se traži zaključivanje Ugovora o osiguranju,

«**POLISA**» - pisana isprava (na obrascu koji utvrđuje osiguravač) o zaključenom Ugovoru o osiguranju,

«**OSIGURANA SUMA**» - najveći iznos obaveze osiguravača ugovoren za svaki osiguranik slučaj,

«**PREMIJA**» - novčani iznos koji je ugovarač osiguranja dužan da plati za ugovoreno osiguranje,

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati lica koja imaju ugovoreno osiguranje života sa Osiguravačem, s tim da pristupna starost osiguranika u trenutku isteka ugovora o osiguranju može biti najviše 75 (sedamdesetpet) godina.

Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usljed neke teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka, mogu se osigurati kao anormalni rizici uz smanjenje osiguranih suma, u smislu Posebnih uslova za osiguranje anormalnih rizika.

Lica koja nijesu potpuno zdrava i/ili je njihova životna ili radna sposobnost umanjena usljed bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka ili iz bilo kojih drugih razloga predstavljaju povećani rizik mogu se osigurati u skladu sa uslovima Osiguravača kojim se osiguravaju uvećani rizici s tim da se u tom slučaju ugovara smanjenje osigurane sume (ili povećanje premije osiguranja).

Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti ne mogu se osigurati po ovim Uslovima.

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 3.

Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu potpuni ili djelimični trajni gubitak radne sposobnosti (u daljem tekstu: invaliditet) i/ili stacionarno liječenje ili ispitivanje posljedica nesrećnog slučaja u bolničkoj ustanovi (u daljem tekstu: bolnička naknada).

U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem smatraju se, naročito, događaji koji nastanu usljed:

1. gaženja,
2. sudara,
3. udara kakvim predmetom ili o kakav predmet,
4. udara električne struje ili groma,
5. pada, okliznuća ili survavanja,
6. ranjavanja oružjem, eksplozivnim sredstvom ili raznim drugim predmetima,
7. uboda kakvim predmetom,
8. udara ili ujeda životinja i uboda insekta (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest),
9. infekcija povrede prouzrokovane nezgodom,
10. trovanja usljed udisanja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja),
11. opekotina izazvane vatrom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl.
12. davljenja ili utapanja,
13. gušenja ili ugušenja usljed zatrpavanja zemljom, pjeskom i sl.

14. prsnuća mišića, iščašenja zglobnih veza, preloma zdravih kostiju koji nastane usljed tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja, izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,
15. djelovanja svjetlosnih ili sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena kojima je osiguranik bio izložen usljed jednog neposredno prije toga nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen usljed spašavanja ljudskog života,
16. djelovanja rendgenskih i radijumskih zraka ako do toga dođe naglo i iznenada (izuzev profesionalnih oboljenja).

Ne smatraju se nesrećnim slučajevima:

1. sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i posljedice psihičkih uticaja,
2. trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu zbog direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposredim djelovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je poslije povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je medicinski, osim hernije, utvrđena i povreda mekih djelova trbušnog zida u tom području,
3. infekcije ili oboljenja koja nastanu zbog raznih oblika alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
4. anafilaktini šok, osim ako nastupi prilikom liječenja od nastalog nesrećnog slučaja,
5. *hernia disci intervertebalis*, sve vrste lumbagija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kocigodinija, išialgija, fibrozitis i sve promjene slabinsko-krsne regije označene analognim terminima,
6. odljepljenje mrežnjače (*ablatio retinae*) prethodno bolesnog ili degenerativnog promjenjenog oka, a izuzetno se priznaje odljepljenje mrežnjače prethodno zdravog oka ukoliko postoje znakovi direktne spoljne ozljede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi,
7. posljedice koje nastanu kod osiguranika zbog delirijuma tremensa i djelovanja droge,
8. posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preuzimaju radi liječenja ili radi sprječavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo dokazanom greškom medicinskog osoblja (*vitium artis*),
9. patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize
10. sistemske, neuromuskularne i endokrine bolesti.
11. trovanje hranom

NAČIN ZAKLJUČENJA UGOVORA

Član 4.

Dopunsko osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Dopunsko osiguranje) u smislu ovih Uslova, mogu ugovoriti lica koja su ugovorila osiguranje života sa Osiguravačem.

Dopunsko osiguranje ne može se ugovoriti uz osiguranje života samo za slučaj smrti (riziko osiguranje života).

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

Ako je dopunsko osiguranje zaključeno istovremeno sa osiguranjem života, trajanje ugovora o osiguranju počinje u momentu koji je u Opštim uslovima za osiguranje života (u daljem tekstu: Opšti uslovi) predviđen kao početak perioda pokrića.

Ako je dopunsko osiguranje reaktivirano istovremeno sa osiguranjem života trajanje ugovora o osiguranju počinje u momentu kada se, u skladu sa Opštim uslovima, smarta da je ugovor reaktiviran.

Ako je ovo osiguranje zaključeno kasnije, trajanje ugovora o osiguranju počinje u 00.00 sati onog dana koji je na polisi ili u dodatku uz polis osiguranja života označen kao početak perioda pokrića.

Osiguranje traje do isteka perioda za koji je plaćena premija u svakom slučaju do momenta koji je u Opštim uslovima za osiguranje života predviđen kao istek osiguranja života.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

Obaveza osiguravača počinje u 00.00 sati dana koji je u dodatku uz polis označen kao početak perioda pokrića, pod uslovom da je do tada plaćena prva premija.

Ako prva premija nije plaćena do tog dana koji je u polisi označen kao početak perioda pokrića, obaveza osiguravača počinje u 00.00 sati narednog dana od dana kada je prva premija plaćena u cjelosti.

Obaveza osiguravača prestaje u 00.00 sati onog dana:

- koji je u polisi ili u dodatku uz polis označen kao dan isteka perioda pokrića,
- ako dospjela premija ne bude plaćena u roku i na način predviđen ovim Uslovima,
- kada prestane osiguranje života iz bilo kojeg uzroka predviđenog Opštim uslovima,
- kada nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen 100% invaliditet.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 7.

Kada nastane nesrećni slučaj u smislu ovih Uslova, osiguravač isplaćuje iznose utvrđene u Ugovoru o osiguranju, i to:

- osiguranu sumu za trajni invaliditet ukoliko je usljed nesrećnog slučaja nastupio potpuni trajni invaliditet osiguranika,
- odgovarajući procenat osigurane sume za trajni invaliditet ako je usljed nesrećnog slučaja nastupio djelimičan invaliditet osiguranika,
- bolničku naknadu za svaki dan proveden u bolnici, ukoliko posljedice nesrećnog slučaja zahtijevaju bolničko liječenje, a u skladu sa članom 12. Stav 5. Ovih Uslova.

ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je nesrećni slučaj nastao:

1. ratnih događaja;
2. učešća u bilo kom aktu koji u sebi sadrži karakteristike terorizma, na strani terorista;
3. nuklearne katastrofe;
4. učestvovanja u oružanim sukobima, građanskom ratu, pobuni, ustanku ili nemirima na strani podstrekača nemira;
5. obavljanja djelatnosti u svojstvu vojnog pilota, pilota helikoptera ili posebnog pilota (npr. letača zmajem, vozača balona, vozača motornog zmaj, skakača padobranom);
6. bavljenja opasnim sportom (npr. alpinizam, dubinsko ronjenje i sl.);
7. učestvovanja na takmičenjima u vožnji ili na treninzima u vozilima za vožnju na zemlji, u vazduhu ili na vodi.
Obaveza osiguravača slučajevima navedenim u tačkama 5, 6 i 7, nije isključena samo ako je obračunata i na polisi evidentirana dodatna premija za osiguranje posebnih opasnosti;
8. prirodne katastrofe i elementarne nepogode (vulkanske erupcije, zemljotresa, poplave i sl.), epidemija i pandemija;
9. pri upravljanju vozilima za vožnju na zemlji, u vazduhu ili na vodi bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vozila. Odredbe ove tačke neće se primjenjivati u slučaju kada neposjedovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja. Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja ispita za dobijanje službene isprave

- preuzima vožnju uz neposredni nadzor službe ovlaštenog stručnog lica;
10. ako je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik namjerno prouzrokovao smrt osiguranika;
 11. pokušaja samoubistva
 12. pri pripremanju, u pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog djela, kao i pri bijegu poslije takve radnje;
 13. uzročne veze djelovanja narkotičkih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika na nastanak nesrećnog slučaja.
Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ako se utvrdi prisustvo alkohola u krvi više od 6,48 mil. mola (0,30‰) kod vozača, a kod ostalih osiguranika više od 21,6 mil. mola (1,00‰). Smatra se da je osiguranik pod dejstvom narkotičkih sredstava ukoliko se utvrdi prisustvo narkotika u organizmu u bilo kojoj količini
 14. posljedica bolesti (infarkt, šlog, epilepsija i slično)
 15. kad je osiguranik učestvovao u fizičkom obračunavanju ili ga je uzrokovao sa verbalnim izazivanjem, osim u slučaju dokazane samoodbrane. Osiguranik mora sam dokazati samoodbranu i dostaviti osiguravaču službene dokaze.
 16. Ako osiguranik odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja ili stanja nastalog uticajem psihoaktivnih supstanci.

Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u času njegovog zaključivanja već nastao osigurani slučaj, ili je bio u nastajanju, ili je bilo izvjesno da će nastupiti, ili je već tada prestala mogućnost da on nastane, a uplaćena premija se vraća ugovaraču osiguranja.

PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 9.

Način i rokovi plaćanja premije regulišu se u smislu Opštih uslova osiguranja za osiguranje života.

Ukoliko je, u skladu sa članom 8. stav 2. Opštih uslova, ugovor raskinut ili redukovan, dopunsko osiguranje se raskida sa danom dospelosti dugujuće premije, a do tada uplaćena premija se ne vraća ugovaraču.

U slučaju poništenja ili raskida ugovora, po kome je osiguravač već isplatio neku naknadu, osiguravač može zahtijevati povrat isplaćene naknade ili njenog dijela u skladu sa članom 9. Opštih uslova.

U slučaju reaktiviranja ugovora osiguravaču ne pripada premija za period u kom je ugovor bio storniran ili redukovan.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

Član 10.

Osiguranik koji je usljed nesrećnog slučaja povrijeđen, u obavezi je:

1. da se, prema mogućnostima, odmah prijavi ljekaru, odnosno pozove ljekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preuzme sve potrebne mjere radi liječenja, kao i da se pridržava ljekarskih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja,
2. da o nesrećnom slučaju pisanim putem obavijesti osiguravača, čim to prema zdravstvenom stanju bude u mogućnosti,
3. da uz prijavu o nesrećnom slučaju pruži osiguravaču sva potrebna obavještenja i podatke, o mjestu i vremenu nastanka nesrećnog slučaja, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili koji ga liječi, nalaze ljekara o vrsti tjelesne povrede, o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima (u smislu člana 2. stav 2. ovih Uslova), koje je osiguranik eventualno imao i prije nastanka nesrećnog slučaja.

Troškovi za ljekarski pregled i potrebnu medicinsku dokumentaciju, ponovni pregled i nalaz specijaliste, kao i ostali troškovi učinjeni u cilju dokazivanja nesrećnog slučaja i prava iz Ugovora o osiguranju, padaju na teret podnosioca zahtjeva.

Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, kao i da na svoj trošak uputi osiguranika na ljekarski pregled kod svojih ljekara ili ljekarskih komisija i odgovarajućih zdravstvenih ustanova kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze nastale iz nesrećnog slučaja.

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

Član 11.

Korisnik prava iz ugovora o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja zaključenog po ovim Posebnim uslovima je isključivo osiguranik sam.

Ako je nesrećni slučaj imao za posljedicu invaliditet, osiguranik je dužan da podnese dokaz o osiguranju, dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja i medicinsku dokumentaciju na osnovu koje se može odrediti konačan procenat trajnog invaliditeta.

Konačni procenat trajnog invaliditeta određuje osiguravač prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte sposobnosti (invaliditeta) kao posljedice nesrećnog slučaja (u daljem tekstu Tabela). Ako neka posljedica ili gubitak organa nijesu

predviđeni u Tabeli, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli.

Individualne sposobnosti, socijalni položaj i zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

Ako kod osiguranika nastupe višestruke povrede na istom udu, kičmi ili organu, kao posljedica neke od osiguranih opasnosti, ukupni invaliditet se određuje tako što se za najveću posljedicu oštećenja uzima cio procenat predviđen Tabelom invaliditeta, od sljedećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog Tabelom itd. redom 1/4, 1/8 itd.

Ukupan procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posljedice povrede prstiju sabiraju se bez primjene gornjeg principa, uz uvažavanje posebnih uslova u Tabeli.

U slučajevima u kojima je kod osiguranika postojao trajni gubitak opšte radne sposobnosti, odnosno invaliditet, prije zaključenja ugovora o osiguranju i nastupanja osigurane opasnosti po osim uslovima, osiguravač je dužan da utvrdi procenat trajnog gubitka opšte radne sposobnosti prema Tabeli, koja je sastavni dio ovih uslova, nezavisno od procenta koji je ranije postojao.

Izuzetno od odredaba iz prethodnog stava, Osiguravač je dužan da osiguraniku utvrdi i prizna procenat trajnog gubitka opšte radne sposobnosti koji predstavlja razliku između ukupnog procenta i procenta koji je posljedica ranije zadobijenih povreda ili bolesti, ako osiguranik izgubi ili povrijedi ranije povrijeđeni ud, organ ili zglob, s tim što ta razlika ne može da se utvrdi i prizna u procentu većem od procenta utvrđenog Tabelom invaliditeta iz ovih uslova za potpuni gubitak povrijeđenog uda, organa ili ukočenog zgloba.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 12.

Osiguravač je dužan da isplati osiguranu sumu, odnosno odgovarajući procenat osigurane sume, ili ugovorenu bolničku naknadu osiguraniku, u roku od 14 dana računajući od dana kada je osiguravač utvrdio svoju obavezu i njenu visinu.

Ako osiguravač ne izvrši isplatu u predviđenom roku, korisnik ima pravo na kamatu.

Pod kamatom iz prethodnog stava podrazumijeva se kamata obračunata primjenom referentne kamatne stope.

Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu osiguranu sumu, njen dio, odnosno bolničku naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vrijeme trajanja osiguranja i

ako su posljedice nesrećnog slučaja koje povlače obavezu osiguravača nastupile u roku od godinu dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako nesrećni slučaj ima za posljedicu bolničko liječenje, osiguravač je u obavezi da isplati osiguraniku bolničku naknadu za sve dane provedene na bolničkom liječenju posljedica nesrećnog slučaja, a koje su nastale u roku od godinu dana od dana nastanka osiguranog slučaja, ali najviše za 200 dana.

Procenat invaliditeta određuje se prema Tabeli i to poslije završenog liječenja u vrijeme kada je kod osiguranika, u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posljedice, nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kada se prema ljekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja, kao konačno uzima se stanje u trenutku isteka ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta.

Ako je za utvrđivanje visine obaveze osiguravača potrebno određeno vrijeme, osiguravač je dužan da na zahtjev osiguranika, isplati iznos koji odgovara procentu invaliditeta za koji se može, na osnovu medicinske dokumentacije, neposredno utvrditi da će trajno ostati (akontacija).

Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja, od posljedica nesrećnog slučaja, a konačni procenat invaliditeta je bio već utvrđen, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti usljed nezgode ugovorenu osiguranjem života, odnosno razliku između te sume i iznosa koji je bio utvrđen i isplaćen prije toga na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.

Ako procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usljed istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti usljed nezgode ugovorene osiguranjem života, odnosno samo razliku između te sume i eventualno već isplaćenog nespornog dijela (akontacija), ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

Ako prije utvrđenog procenta invaliditeta u roku od tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika iz bilo kog drugog uzroka osim navedenog u prethodnom stavu, visina obaveze osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

Ako kao dalja posljedica nesrećnog slučaja nastupi invaliditet, osiguravač isplaćuje osiguraniku, odgovarajući iznos osigurane sume za slučaj

invaliditeta, bez obzira na isplaćenu bolničku naknadu za dane provedene na bolničkom liječenju.

NADLEŽNOST ZA RJEŠAVANJE SPORNIH PITANJA

Član 13.

U svim slučajevima u kojima ugovorene strane ne mogu postići saglasnost o pojedinim pitanjima koja se tiču međusobnih prava i obaveza, sporna pitanja se rješavaju:

1. Prigovorom nadležnom organu osiguravača, koje se podnosi u roku od 15 (petnaest) dana od dana prijema prvostepene odluke. Nadležni organ samostalno ili uz pomoć odgovarajućih stručnjaka razmatra prigovor i donosi odluku koja se u roku od 15 (petnaest) dana od dana prijema prigovora dostavlja strani koja je uložila prigovor. Odluka se dostavlja i stručnoj službi osiguravača koja je u prethodnom postupku rješavala sporno pitanje.
2. Vještačenjem od strane vještaka odgovarajuće struke, pri čemu svaka strana imenuje jednog. Prije vještačenja ova dvojica vještaka biraju trećeg, koji će dati svoje stručno mišljenje i to samo o pitanjima koja ostanu sporna među vještacima i u granicama njihovih procjena. Svaka strana plaća troškove vještaka koje je imenovala, a trećem vještaku plaćaju obje strane po pola. Odluka navedenih vještaka je konačna u odnosu na osiguravača.
3. Tužbom nadležnom sudu u cilju konačnog rješenja spornog pitanja.

ZASTARJELOST

Član 14.

Potraživanja po osnovu Dopunskog osiguranja zastarijevaju prema Zakonu o obligacionim odnosima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 15.

Sastavni dio ovih Uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posljedica nesrećnog slučaja.

Na sve što nije obuhvaćeno ovim Uslovima primjenjivaće se odredbe Opštih uslova za osiguranje života.

Ova Uslovi stupaju na snagu narednog dana nakon dana usvajanja i primjenjuju se na sve ugovore zaključene sa početkom trajanja od 1.5.2020.godine.