K7

Galioja nuo 2026 10 23

INVESTAVIMO NURODYMAS GYVYBĖS DRAUDIMO
INVESTAVIMO KRYPTIMS

Investavimo kryptis ir jų proporcijas **draudėjui renkantis savo nuožiūra**

Allianz

Jei pageidaujate, kad **būtų įvertinta jūsų tolerancija investavimo rizikai** ir nustatyta jums tinkama investavimo strategija, prašome **kreiptis** į jus aptarnaujantį **Finansų konsultantą**.

AŠ, DRAUDĖJAS

Draudimo sutarties Nr.:

Vardas:

Pavardė / įmonės pavadinimas:

☐ 1. KEIČIU PERIODINIŲ DRAUDIMO ĮMOKŲ PROPORCIJAS

Keitimo data: M M M M m m d d

Būsimų periodinių draudimo įmokų investavimo proporcijas pakeisime nuo jūsų nurodytos **keitimo datos**, bet **ne anksčiau** kaip nuo šio nurodymo **gavimo** Allianz centrinėje buveinėje dienos.

☐ 2. MOKU PAPILDOMĄ INVESTICINĘ DRAUDIMO ĮMOKĄ

Pildykite tik tuomet, jei norite kitokių, nei periodinių draudimo įmokų investavimo proporcijų.

Užpildytą nurodymą **pateikite** mums ir **tik tuomet sumokėkite** papildomą draudimo įmoką. **Įmokos kodas 5777**.

Įmokos dydis: €

Mokėjimo data: M M M M m m d d

	Investavimo kryptys	
%	1. Vietinis strateginis fondas	%
%	2. Eurofondas	%
%	3. Tarptautinis fondas	%
%	4. Pasaulio akcijų fondas	%
Iš viso: 100 %		Iš viso: 100 %

3. KEIČIU SUKAUPTOS VERTĖS INVESTAVIMO PROPORCIJAS

☐ 3.1. DRAUDIMO LIUDIJIMO VERTĖS

Keitimo data: M M M M m m d d

☐ 3.2. INVESTICINĖS VERTĖS

Keitimo data: M M M M m m d d

	Investavimo kryptys	
%	1. Vietinis strateginis fondas	%
%	2. Eurofondas	%
%	3. Tarptautinis fondas	%
%	4. Pasaulio akcijų fondas	%
Iš viso: 100 %		Iš viso: 100 %

Sukauptos vertės proporcijas pakeisime nuo jūsų nurodytos **keitimo datos**, bet **ne anksčiau** kaip kitą darbo dieną po šio nurodymo **gavimo** Allianz centrinėje buveinėje. Perkelsime tik iki keitimo datos sukauptą vertę.

Patvirtinu, kad investavimo kryptis ir jų proporcijas **pasirenku savo nuožiūra** ir suprantu investavimo riziką.

DRAUDĖJAS FIZINIS ASMUO / JURIDINIO ASMENS ATSTOVAS*:

*Aš, žemiau pasirašęs Įmonės atstovas, patvirtinu, kad turiu visus įgaliojimus teikti prašymus, sudaryti sandorius, atlikti mokėjimus ir kitus veiksmus Įmonės vardu, susijusius su draudimo sutarčių vykdymu ir įsipareigoju nedelsiant, bet ne ilgiau kaip per 7 dienas, pranešti Allianz apie Įmonės duomenų, nurodytų pateiktuose dokumentuose, Įmonės vadovo ar jo įgaliojimų, atstovavimo Įmonei taisyklės pakeitimus. Suprantu, kad jei neįvykdysiu šios savo pareigos, visi draudimo sutarties pakeitimai, nutraukimai ir kiti sandoriai, pasirašyti asmens, viršijusio jam suteiktus įgaliojimus, gali būti pripažinti negaliojančiais ir turėsiu atlyginti dėl savo veiksmų padarytą žalą.

Vardas ir pavardė:

Data: M M M M m m d d

Parašas

ANTRAS JURIDINIO ASMENS ATSTOVAS* (kiekybinio atstovavimo atveju):

Vardas ir pavardė:

Data: M M M M m m d d

Parašas

PATEIKTI: skenuotą / fotografuotą Mano Allianz pranešimų skiltyje, **el. paštu** draudimas@allianz.lt. **Paštu:** Allianz**,** Lvivo g. 25, 09320, Vilnius.
Tiesiogiai jus aptarnaujančiam **finansų konsultantui.**