



## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

<b>Póliza</b> <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación		<b>No. de Póliza Anterior</b>		<b>Fecha de Solicitud</b>			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
<b>Forma de Pago</b> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral* <input type="checkbox"/> Mensual* *Sólo cargo automático					<b>Conducto de Pago</b> <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Cargo Automático				
<b>Vigencia</b>			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	
Desde las 12 hrs.			Hasta las 12 hrs.						

## CONTRATANTE (SÓLO SI ES DIFERENTE AL SOLICITANTE)

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social									
R.F.C.			Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)				Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento / Constitución de la Empresa			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	Edad	Nacionalidad	Estado Civil	
							<input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	<input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión Libre	
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad						Correo Electrónico			
Domicilio Calle							No. Exterior	No. Interior	
Colonia						Delegación o Municipio			
Población o Ciudad		Estado		Código Postal		Tel. particular		Tel. oficina	Tel. celular
<b>Deseo recibir información actualizada sobre mi producto u otras promociones por correo electrónico o alertas en mi celular</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									

## SOLICITANTE

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social									
R.F.C.			Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado y País)				Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento / Constitución de la Empresa			<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	Edad	Nacionalidad	Estado Civil	
							<input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera	<input type="checkbox"/> Soltero - Divorciado - Viudo <input type="checkbox"/> Casado - Unión Libre	
Ocupación / Giro Mercantil / Actividad			Correo Electrónico			Relación con el Contratante			
Domicilio Calle							No. Exterior	No. Interior	
Colonia						Delegación o Municipio			
Población o Ciudad		Estado		Código Postal		Tel. particular		Tel. oficina	Tel. celular

## OTROS SEGUROS

Aseguradora	Suma asegurada

## DATOS DEL AGENTE (ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA)

	No. de Agente	Nombre del Agente	Comisión	No. Promotor	C. de Contribución	Producción
<b>Agente 1</b>			%			%
<b>Agente 2</b>			%			%

**FAMILIA ASEGURADA (EN CASO DE PÓLIZAS FAMILIARES DETALLE LOS MIEMBROS SOLICITANTES)**

No. Solicitante	Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el titular
		M	F	Día	Mes	Año	
1. Titular							
2. Cónyuge/Concubino							
3. Dependiente							
4. Dependiente							
5. Dependiente							
6. Dependiente							

**BENEFICIARIOS**

(SÓLO EN CASO DE CONTRATAR: DEDUCIBLE O X ACCIDENTE + MUERTE ACCIDENTAL, Y PAQUETE DE BENEFICIOS ADICIONALES)

**ADVERTENCIA:** En caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. En los beneficios de gastos funerarios, accidentes personales y accidentes en viajes aéreos, salvo pacto en contrario, se considerarán como beneficiarios a los sobrevivientes de la póliza, los designados por el asegurado, o en su defecto a su sucesión.

Asegurado	Cobertura	Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno	Parentesco (para efectos de identificación)	% de Participación

**COBERTURAS**

Productos de AXA Seguros, S.A. de C.V.	Nivel Hospitalario					Suma Asegurada	Deducible			Coaseguro %
	360	270	180	90	45					
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Plus	<input type="checkbox"/>	Sin Límite	\$	MN						
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Multiprotección	<input type="checkbox"/>	Sin Límite	\$	MN		10 %				
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Plus Mil						1,000,000 USD	<input type="checkbox"/> 500 USD	<input type="checkbox"/> 1,000 USD	<input type="checkbox"/> 3,000 USD	10 %
							<input type="checkbox"/> 5,000 USD	<input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> 20,000 USD	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Especial Sureste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Sin Límite	\$	MN		30 %
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos MTY 90						<input type="checkbox"/> \$ 500,000 <input type="checkbox"/> \$ 1,000,000 <input type="checkbox"/> \$ 2,000,000 <input type="checkbox"/> Sin Límite	<input type="checkbox"/> \$ 5,000	<input type="checkbox"/> \$ 10,000		30 %
							<input type="checkbox"/> \$ 15,000	<input type="checkbox"/> \$ 20,000		
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos HMO 90						<input type="checkbox"/> \$ 500,000 <input type="checkbox"/> \$ 1,000,000 <input type="checkbox"/> \$ 2,000,000 <input type="checkbox"/> Sin Límite	<input type="checkbox"/> \$ 4,000	<input type="checkbox"/> \$ 5,000	<input type="checkbox"/> \$ 10,000	30 %
							<input type="checkbox"/> \$ 15,000	<input type="checkbox"/> \$ 20,000		
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Internacional						1,000,000 USD	<input type="checkbox"/> 1,000 USD <input type="checkbox"/> 2,500 USD	<input type="checkbox"/> 3,000 USD <input type="checkbox"/> 3,000 USD		10 %
							<input type="checkbox"/> 5,000 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD	<input type="checkbox"/> 10,000 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD	<input type="checkbox"/> 20,000 USD <input type="checkbox"/> 20,000 USD	

COBERTURAS ADICIONALES	
<input type="checkbox"/> Programa Cliente Especial	Suma Asegurada para Enfermedades Catastróficas: 1,000,000 USD
<input type="checkbox"/> CAME	Suma Asegurada: <input type="checkbox"/> Cobertura Elite 1,000,000 USD Deducible: <input type="checkbox"/> 1,500 USD <input type="checkbox"/> 3,500 USD <input type="checkbox"/> 5,000 USD <input type="checkbox"/> 10,000 USD
<input type="checkbox"/> Cobertura Tradicional	<input type="checkbox"/> Cobertura Dinero en Efectivo <input type="checkbox"/> Cobertura Adicional de Vida en Vida
<input type="checkbox"/> Deducible 0 x Accidente + Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> Con Período de Espera <input type="checkbox"/> Sin Período de Espera
<input type="checkbox"/> Paquete de Beneficios Adicionales	Renta: <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,500 Otro: \$ _____ (Sujeto a comprobación)
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura	Asegurados: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Titular y Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular y Dependientes
<input type="checkbox"/> _____ % Inc. Tabla de Procedimientos Terapéuticos	Suma Asegurada: \$ _____
<b>Productos de AXA Salud, S.A. de C.V.</b>	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos Multiprotección. El Nivel Hospitalario es igual al suscrito en Seguros.	

ESTILO DE VIDA							
OCUPACIÓN							
Solicitante	Descripción	Empresa / Giro	Ingresos Anuales	Lugar de Trabajo (oficina, fábrica, taller, calle, otro)	Horario: Diurno/ Nocturno/Mixto		
1. Titular			\$		D	N	M
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			\$		D	N	M
3. Dependiente / Menor			\$		D	N	M
4. Dependiente			\$		D	N	M
5. Dependiente			\$		D	N	M
6. Dependiente			\$		D	N	M
Detalle brevemente sus actividades							
RIESGOS DE OCUPACIÓN							
<b>Por el desempeño de su ocupación laboral</b>		<b>¿Quién(es)?</b>	<b>Especifique</b>				
¿Está expuesto a situaciones peligrosas, de alto riesgo o realiza actividades en el medio artístico y/o de espectáculos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Alguno de los solicitantes usa armas de fuego, material peligroso, maquinaria, altura, alto voltaje, otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Su ocupación requiere del uso de algún tipo de vehículo diferente al automóvil particular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
DEPORTES, AFICIONES Y AVIACIÓN							
¿Alguno de los solicitantes practica deportes o aficiones peligrosas o de alto riesgo, incluyendo juegos de azar o apuestas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Alguno de los solicitantes vuela en aeronaves o líneas aéreas particulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Desea cubrir el riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<b>Nota: Si desea cubrir el riesgo, anexe a esta solicitud el cuestionario correspondiente.</b>							

GENERAL DE HÁBITOS														
Solicitante	Estatura (mts)	Peso (kg)	¿Fuma?		¿Desde cuándo? (mes / año)	Frecuencia y cantidad en cigarrillos	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y cantidad en copas	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		Desde-Hasta (año / año)	Frecuencia y Cantidad
			Sí	No			Sí	No			Sí	No		
1. Titular			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Cónyuge / Concubino / Mancomunado			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Dependiente/ Menor			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Dependiente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HISTORIAL MÉDICO														
1. ¿Alguno de los solicitantes ha padecido o tiene actualmente alguna enfermedad, afección o lesión o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		11. ¿De los ojos o de los oídos?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2. ¿Del corazón, hipertensión arterial o de la circulación?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		12. ¿Alguna otra enfermedad, afección o lesión distinta a las señaladas anteriormente?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. ¿De las vías respiratorias, de los bronquios o pulmonares?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		13. ¿En los últimos dos años se le han practicado y/o tiene pendiente pruebas especiales de: laboratorio, radiográficas, ultrasonido, resonancias magnéticas, biopsia, otros?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4. ¿Del aparato digestivo: esófago, estómago, intestinos, colon recto, vías biliares, hígado páncreas, bazo?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		14. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica u hospitalización por cualquier otra causa?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5. ¿Del sistema genitourinario: riñón, vejiga, próstata, otros?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Mujeres (mayores de 16 años)</b>						
6. ¿Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		15. ¿Ha padecido o padece enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las glándulas mamarias?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
7. ¿De los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		16. ¿Está embarazada y ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
8. ¿Endócrinas o metabólicas: diabetes, obesidad, tiroides, hipófisis, otras?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		17. ¿Ha tenido partos naturales, cesáreas, abortos?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
9. ¿Cáncer o cualquier otro tumor?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Preexistencia declarada</b>						
10. ¿Transmisibles: hepatitis, S.I.D.A., V.P.H., sífilis o cualquier otra?						Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		18. ¿Desea considerar algún(os) padecimiento(s) bajo el concepto de preexistencia declarada?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso de contestar afirmativamente, ampliar información														
Solicitante	Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	No. de veces que las ha sufrido	¿Cuándo? Día / Mes / Año Última vez (en caso de ser varias)	Estado actual	Lo ha padecido en los últimos 2 años (conteste sólo si desea preexistencia declarada)	No. de partos, cesáreas y abortos							
							P	C	A					

**HISTORIA FAMILIAR**

¿En alguno de los solicitantes, existen antecedentes médicos en su familia directa (padres y hermanos) de: afecciones cardíacas, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, padecimientos congénitos o de trastorno mental? Sí  No

**En caso afirmativo proporcionar la siguiente información.**

Solicitante	Parentesco	Enfermedad(es)	Causa y edad de Fallecimiento

**NOTA IMPORTANTE**

**Nota importante:** (Debe leerlo antes de firmar). Se previene al contratante y al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones médicas que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebra dicho contrato. Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá **AXA Seguros, S.A. de C.V.** y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

Firma del Contratante (sólo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante (o de su representante legal si es menor de edad)	Firma del Agente	Lugar y Fecha

**Nota importante:** (Debe leerlo antes de firmar). Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la solicitud, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo con la mayor amplitud a los médicos o instituciones de médicos que me atiendan o me hayan atendido, para que participen a **AXA Salud, S.A. de C.V.** todos mis antecedentes patológicos y los libero expresamente de cualquier responsabilidad. Asimismo autorizo a las compañías de seguros en las cuales he solicitado póliza para proporcionar la información de su conocimiento, útil en la evaluación de esta solicitud. Para los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se considerarán como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebre dicho contrato. Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá **AXA Salud, S.A. de C.V.** y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

Firma del Contratante (sólo si es diferente al Solicitante)	Firma del Solicitante (o de su representante legal si es menor de edad)	Firma del Agente	Lugar y Fecha

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0048-0152-2009; CNSF-S0048-0158-2008; CNSF-S0048-0154-2009; CNSF-S0048-0156-2008; CNSF-S0048-0355-2008; CNSF-S0048-0153-2009 de fecha 17 de julio de 2009 y el CNSF-S0048-0056-2009 de fecha 27 de enero de 2009.

**CARGO AUTOMÁTICO****CARTA AUTORIZACIÓN PARA CARGO AUTOMÁTICO EN TARJETA DE CRÉDITO, DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES.**

Nombre del Contratante Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

Datos del Tarjetahabiente (sólo en caso de ser diferente al Contratante) Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

Relación con el Contratante

Dichos montos deberán ser aplicados a los siguientes instrumentos bancarios que a continuación señalo, en el orden que se establece.

Banco	Cargo*	No. Clabe (Débito o Cuenta de Cheques)	No. de Plástico (Crédito o sólo Débito Banamex)	Miembro desde (Año)	Vencimiento (Mes/Año)
1°					
2°					
3°					

\* Cargo a: **D** = Tarjeta Débito, **C** = Tarjeta Crédito, **Ch** = Cuenta de Cheques.

Por medio de la presente autorizo a **AXA Seguros, S.A. de C.V.** a que por conducto del Banco de su elección y con base en el(los) Contrato(s) de Apertura de Crédito o Débito de mi(s) Tarjeta(s) afiliada(s) a Visa y/o Master Card, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por **AXA Seguros, S.A. de C.V.** en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el(los) cargo(s) en el Estado de Cuenta Bancario notificaré a la Aseguradora.

Asimismo, declaro estar enterado y de acuerdo en que **AXA Seguros, S.A. de C.V.** dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:

a) Cancelación del instrumento bancario no notificada a la Aseguradora, b) Por rechazo bancario. c) Cancelación de póliza.

**El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.**

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE	FIRMA DEL AGENTE	LUGAR Y FECHA

**Art. 140. (LGISMS)**

Folio Pegaso

**Exclusivo para personas físicas.** Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos. **Sí**  **No**

En caso afirmativo, describa el puesto:

Tiempo o periodo

Parentesco o vínculo

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? **Sí**  **No**   
Especifique:

¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? **Sí**  **No**

Nombre y porcentaje de participación

**Si el contratante es persona moral o persona física con representante legal o la prima es igual o mayor a 10,000 dólares, favor de llenar formato único clave GA-082.**

Firma