



# SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

## Tradicional

Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8°Piso  
C.P. 06007 México, D.F.  
R.F.C. LSE7406056F6  
Tel.: 5130-2800  
Fax: 5512-6523  
www.latinoseguros.com.mx

PARA FACILITAR LOS TRÁMITES DE LA SOLICITUD ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE DE PUÑO Y LETRA DEL SOLICITANTE  
NO OMITAN NINGÚN DATO, ESTA SOLICITUD NO SERÁ VÁLIDA SI PRESENTA TACHADURAS, ENMENDADURAS O SI ES MUTILADA

### 1. DATOS DEL CONTRATANTE

(Proporcionar la siguiente información sólo en caso de que el Contratante sea diferente del Solicitante)

Apellido Paterno /Razón Social		Apellido Materno		Nombre (s)		R.F.C. (Con homoclave)	
Fecha de Nacimiento o de Constitución						C.U.R.P (Persona Física)	
			día	mes	año		
Calle			Número Ext e Int.		Colonia		
Ciudad o Población			Entidad Federativa		Delegación o Municipio		Código Postal
Nacionalidad		Objeto social (Personas Morales)		Correo electrónico		Teléfonos:	
				Fax:		Casa Oficina	
Nombre del Representante Legal (Cuando el contratante sea Persona Moral)							

### 2. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre (s)			
FECHA DE NACIMIENTO		Edad	Sexo		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estado Civil	
día	mes	año		M	F			S	C
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								V	D
									UNIÓN LIBRE
									<input type="checkbox"/>
DOMICILIO PARTICULAR									
Calle			Número Ext e Int.		Colonia				
Ciudad o Población			Entidad Federativa		Delegación o Municipio		Código Postal		
R.F.C. (Con homoclave)		C.U.R.P.		Correo Electrónico		Teléfonos:			
				Fax:		Casa Oficina			
EN CASO DE EXTRANJEROS (DOMICILIO DEL LUGAR DE ORIGEN)									
NOMBRE DE LA EMPRESA EN QUE LABORA					ESPECIFIQUE EN QUE CONSISTEN SUS LABORES				
TRABAJA EN OFICINA <input type="checkbox"/> TALLER <input type="checkbox"/> VÍA PÚBLICA <input type="checkbox"/> INGRESOS ANUALES									
COMERCIO <input type="checkbox"/> OTRO (S) <input type="checkbox"/> <u>ESPECIFICAR</u> Sueldo + bonos, rentas, etc.									
TIEMPO QUE LLEVA EN SU OCUPACIÓN ¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO COMO SERVIDOR PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo dar amplia información)									
AÑOS	MESES								
¿UTILIZA MOTOCICLETA PARA DESEMPEÑAR SUS LABORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿PORTA ARMA DE FUEGO PARA DESEMPEÑAR SUS LABORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿HA SUFRIDO ACCIDENTES EN EL DESEMPEÑO DE SUS LABORES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo dar amplia información)			

### 3. OPCIONES PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (MARCAR OPCIONES DESEADAS)

SUMAS ASEGURADAS		DEDUCIBLES	COASEGURO	Honorarios Quirúrgicos	BENEFICIOS ADICIONALES
SUMA MÍNIMA 700,000		*No opera Participación Mínima y aplica en Acc. y Enf.	*No opera Participación Mínima y aplica en Acc. y Enf.		
700,000	<input type="checkbox"/>	900	* 20% <input type="checkbox"/>	27,000 <input type="checkbox"/>	Reinstalación Aut. de la Suma Asegurada <input type="checkbox"/>
1,000,000	<input type="checkbox"/>	1,000		30,000 <input type="checkbox"/>	
1,500,000	<input type="checkbox"/>	1,250	* 15% <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>	Ampliación de la Cobertura en el Extranjero <input type="checkbox"/>
2,000,000	<input type="checkbox"/>	1,500		40,000 <input type="checkbox"/>	
2,500,000	<input type="checkbox"/>	1,750	10% <input type="checkbox"/>	45,000 <input type="checkbox"/>	Deportes Peligrosos <input type="checkbox"/>
3,000,000	<input type="checkbox"/>	2,000		50,000 <input type="checkbox"/>	
3,500,000	<input type="checkbox"/>	2,250	5% <input type="checkbox"/>	H.G.I. <input type="checkbox"/>	Participación Mínima por Hospitalización <input type="checkbox"/>
4,000,000	<input type="checkbox"/>	2,500			
4,500,000	<input type="checkbox"/>	2,750	<b>Nivel de Hospital</b>		
5,000,000	<input type="checkbox"/>	3,000	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		
6,000,000	<input type="checkbox"/>	4,000	Se debe utilizar el nivel hospitalario contratado, en caso contrario se procede de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza.		
7,000,000	<input type="checkbox"/>	*6,000	H.G.I.= Hasta Gasto Incurrido Máx. S.A. Básica contratada del plan.		
8,000,000	<input type="checkbox"/>	*8,000	Es obligatorio incluir Honorarios Quirúrgicos		

#### 4. DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL SOLICITANTE QUE DESEA ASEGURAR EN LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

PARENTESCO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	FECHA DE NAC.			SEXO		OCUPACIÓN
				DÍA	MES	AÑO	M	F	
CÓNYUGE							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**DOMICILIO PARTICULAR DEL (LOS) DEPENDIENTE(S)** en caso de no ser el mismo del solicitante (Si requiere más espacio anexar inf. en hoja aparte)

Domicilio Completo	Teléfono
--------------------	----------

#### 5. OTROS (Aplica al solicitante y sus dependientes)

¿HASIDO RECHAZADO  EXTRAPRIMADO  APLAZADO  EN CASO AFIRMATIVO DAR DETALLES \_\_\_\_\_  
 O LE HAN APLICADO ENDOSOS DE EXCLUSIÓN EN ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO? \_\_\_\_\_

¿HAPRESENTADO RECLAMACIONES DE GASTOS MÉDICOS O ACCIDENTES PERSONALES EN ESTA O EN OTRAS COMPAÑÍAS? SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: (Si requiere más espacio anexar información en hoja aparte)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN (DIAGNÓSTICO DEL PADECIMIENTO)

#### 6. AFICIONES

##### AVIACIÓN, DEPORTES Y/O AFICIONES QUE PRACTICA (Aplica al solicitante y sus dependientes)

SOLICITANTE	DEPORTE	LO PRACTICA COMO PROFESIONAL	No. de veces	FRECUENCIA, CADA CUANDO (SEMANTAL, MENSUAL, ANUAL)	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO?
TITULAR		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÓNYUGE		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 1		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 2		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 3		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 4		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

¿HACE USO DE AERONAVES COMO PASAJERO? SI  NO  (En caso afirmativo a la pregunta anterior favor de indicar.)

UTILIZA USTED AVIÓN <input type="checkbox"/>	VUELA UD. POR: PLACER <input type="checkbox"/>	LOS VUELOS LOS EFECTÚA EN AERONAVES: COMERCIALES <input type="checkbox"/>	INDIQUE LAS HORAS DE VUELO: DURANTE EL ÚLTIMO AÑO _____	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HELICÓPTERO <input type="checkbox"/>	NEGOCIOS <input type="checkbox"/>	PROPIA <input type="checkbox"/>	DURANTE EL PRÓXIMO AÑO _____	

#### 7. INFORMACIÓN ADICIONAL SI EL SOLICITANTE NO TIENE INGRESOS PROPIOS

¿QUIÉN PAGARÁ LAS PRIMAS DE ESTE SEGURO?	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INGRESOS ANUALES
--	------------	-----------	------------------

#### 8. HÁBITOS (Aplica al solicitante y sus dependientes)

¿FUMA USTED? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI ACTUALMENTE NO FUMA ¿EN QUÉ FECHA DEJÓ DE FUMAR?	¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA FUMA O FUMABA?	¿USA O HA USADO DROGAS O ESTUPEFACIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIGARRILLOS <input type="checkbox"/>	día mes año		(En caso afirmativo dar amplia información)
PURO <input type="checkbox"/>			
PIPA <input type="checkbox"/>			
NUNCA HE FUMADO <input type="checkbox"/>			

#### 9. PESO Y ESTATURA (El exceso de peso evidente requiere examen médico)

	ESTATURA	PESO	¿HA VARIADO SU PESO LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	KGS. AUMENTADOS	KGS. DISMINUIDOS	CAUSA
TITULAR			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CÓNYUGE			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 1			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 2			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 3			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 4			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

### 10. CUESTIONARIO MÉDICO (Aplica al solicitante y sus dependientes)

	ANTECEDENTES FAMILIARES (Padecen de)				EDAD	En caso de fallecimiento especificar la CAUSA
	SANOS	DIABETES	CORAZÓN (infarto, dolor, etc.)	CÁNCER		
PADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
MADRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
HERMANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**SI AMBOS PADRES DEL TITULAR Y/O CÓNYUGE SON DIABÉTICOS, SE REQUIERE EXAMEN MÉDICO DE QUIÉN CORRESPONDA.**

### 11. DATOS CLÍNICOS (Aplica al solicitante y sus dependientes)

DATOS CLÍNICOS					
	SI	NO		SI	NO
1.- ¿TIENE O HA TENIDO ALGÚN PADECIMIENTO O DEFECTO EN LA VISTA O AUDICIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.- ¿SE LE HA PRACTICADO O TIENE PENDIENTE ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿PADECE ALGUNA DEFORMIDAD O LE FALTA ALGÚN MIEMBRO O PARTE DE ÉL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.- ¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11.- ¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA CONSULTADO A ALGÚN MÉDICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O PRESIÓN ARTERIAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12.- ¿HA ESTADO INTERNADO EN ALGÚN HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿PADECE O HA PADECIDO DE CÁNCER O ALGÚN TUMOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13.- ¿SE LE HAN PRACTICADO ELECTROCARDIOGRAMAS, ULTRASONIDOS, RAYOS X, TAC O RESONANCIA MAGNÉTICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿PADECE O HA PADECIDO DE DIABETES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14.- ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO O POR CUALQUIER HÁBITO DE DROGAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO: SÍFILIS, GONORREA, SIDA O COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA (CRS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.- ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA OTRA ENFERMEDAD NO MENCIONADA EN ESTE CUESTIONARIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿PADECE O HA PADECIDO DE LOS RIÑONES, DE LA VESÍCULA, VÍAS BILIARES O HERNIAS EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.- ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			17.- ¿ESTA EXPUESTO EN SU OCUPACIÓN A SUSTANCIAS QUÍMICAS, RADIACIONES, ARMAS DE FUEGO Y EXPLOSIVOS, MAQUINARIA PESADA RELACIONADA CON CONSTRUCCIÓN Y MINERÍA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONTESTAR LO SIGUIENTE SOLO SI SE TRATA DE MUJER</b>					
18.- ¿PADECE O HA PADECIDO DE PREECLAMPSIA O ECLAMPSIA, EMBARAZO ECTÓPICO U OTRO PADECIMIENTO GINECOLÓGICO O DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.- ¿ESTÁ EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			EN CASO AFIRMATIVO, DE CUÁNTO TIEMPO _____	MES (ES)	
<b>EN CASO DE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA, PROPORCIONAR AMPLIA INFORMACIÓN EN EL CUADRO SIGUIENTE</b>					
NÚMERO DE PREGUNTA	¿QUIÉN?	TIPO DE AFECCIÓN E INTERVENCIONES	FECHA EN QUE LA(S) SUFRIÓ O SE LA(S) PRACTICARON	DURACIÓN NÚMERO DE VECES	CONDICIÓN FÍSICA ACTUAL (SANO O EN TRATAMIENTO)
<b>MÉDICOS TRATANTES O EN SU CASO EL QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR:</b>					
NOMBRE		DOMICILIO		TELÉFONO	

## 12. COBRANZA

FORMA DE PAGO: MENSUAL  TRIMESTRAL  SEMESTRAL  ANUAL

### CONDUCTO DE COBRO:

TARJETA DE CRÉDITO  AGENTE  CUENTA DE BANCO

### CONVENIO DE CARGO AUTOMÁTICO PARA PAGO DE PRIMAS (Conducto de cobro con tarjeta de crédito o cuenta de banco)

NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE O TITULAR DE LA CUENTA	No. DE TARJETA O CUENTA	VENCIMIENTO	TIPO DE CUENTA
---	-------------------------	-------------	----------------

VISA  MASTER CARD  AMERICAN EXPRESS  BANCO  CÓDIGO DE SEGURIDAD

Queda obligada LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A., a enviarme el recibo correspondiente con la leyenda "PAGADO EN SU BANCO", en la inteligencia de que, en caso de que sea cancelada mi tarjeta de crédito o mi cuenta, o bien que mi tarjeta se encuentre excedida en el límite de crédito autorizado o mi cuenta no disponga de fondos suficientes, me comprometo a pagar en las oficinas de la Aseguradora.

Acepto se carguen las primas del seguro motivo de esta solicitud a mi tarjeta o cuenta según se indicó anteriormente con abono a la cuenta de "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A.". Cada cargo se efectuará de acuerdo con la forma de pago solicitada en la sección que antecede.

Autorizo por medio del presente, para que con cargo a mi cuenta de crédito o de cheques, según lo anotado anteriormente, se sirvan abonar la prima del seguro motivo de esta solicitud, precisamente el día de sus vencimientos a la cuenta de "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A." Si el plan prevé futuras modificaciones a la prima, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen por la nueva cantidad.

**AVISO:** En caso de robo o extravío de su tarjeta de crédito o cancelación de la cuenta, se deberá dar de alta nuevamente con "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A." Para continuar con el servicio de cargo automático.

El tarjetahabiente se da por enterado que el Banco dejará de prestar el servicio cuando se restrinja el importe del crédito que se le tiene concedido o bien cuando el contrato de apertura que tiene celebrado con el Banco, se denuncie, se rescinda o por cualquier causa se extinga y deje de estar en vigor y por ello se cancele su tarjeta de crédito. También en caso de que llegara a excederse en el límite de crédito autorizado o bien por existir cualquier saldo que deba considerarse vencido, de conformidad con las disposiciones del contrato.

Esta autorización estará vigente mientras no sea revocada por mí, por medio de un escrito dirigido a la Institución de Crédito con 30 días de anticipación.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE O TITULAR DE LA CUENTA

### MUY IMPORTANTE, DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

Se previene al solicitante que, conforme a la Ley del Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes a que se refieren las preguntas de esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o del beneficiario en su caso. Hago constar que me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las Condiciones Generales que se anexan a esta solicitud de seguro, y que contiene la Póliza a que la presente solicitud se refiere, y me he informado que tanto los datos proporcionados de ésta, como los requisitos médicos que la Compañía considera necesarios, forman parte de la misma.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía si esta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A." todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que será suficiente la presentación de una copia fotostática de este documento para que se proporcionen a la Compañía los datos mencionados.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento que la Compañía lo considere oportuno.

Así mismo autorizo a las Compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A.", la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez, "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A.", proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Declaro finalmente, que leí las Condiciones Generales que contendrá la Póliza las cuales se anexan y otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas.

### "HAGO CONSTAR QUE LOS RECURSOS QUE UTILIZARÉ PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE ESTE SEGURO SON DE PROCEDENCIA LÍCITA"

LUGAR

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL CONTRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL AGENTE

CLAVE

%

NOMBRE Y FIRMA DEL PROMOTOR

CLAVE

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por 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.**

@JXcW a YbUjOb VcbfUWfi U'm'UbcHJfVbJWUei Y'jbHr[ fUb'Yghr'dfcXi WcZyghzb'fY[ jgUc'Ughr'U  
7 ca jgOb'BUjcbU'XYGY[ i fcg'mi: jUbUgZXYVcbZfa jXUX'Vcb'c'Xjgdi Ygtr'dcf'cg'UfHw'cg' \*z' \*15 z' \*16 mi  
' \*18 XY'U@m; YbYfU'XY'bgHh VcbYg'mGcVjYXUXYg' Ai h U'jgUg'XYGY[ i fcgZVUc'Y'fY[ jgfc'b' a Yfc'  
7 BG: !G\$\$\$!\$\$- )!&\$\$, ZXYZ'W U'&:XYZ'VfYc'XY'&\$\$, ZVcb'b' a Yfc'F9GD!G\$\$\$!\$\*' - !&\$% ZXYZ'W U'&: XY  
bcj]Ya VfXY'&\$% ZVcb'Y'b' a Yfc'7 ; 9B!G\$\$\$!\$\$&!&\$% ZXYZ'W U'&: XY'a Ufnc'XY'&\$% "