



CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN DE FIDEICOMISO EN VIDA

Fecha del matrimonio

ACTUAL:

Cónyuge #1 & Cónyuge #2*

*Si no está casado, solo complete la información para "Cónyuge #1.

Cónyuge #1's Nombre U.S. Citizen? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<u>Nombre tal como aparece en su licencia de conducir, tarjeta de identificación o pasaporte VALIDO</u>		
Otros nombres usados por el Cónyuge #1			
Dirección			
Ciudad/Estado/Código Postal			
Teléfono	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular	
Dirección de correo electrónico			
Fecha de nacimiento			
Negocios/Empleo			
Matrimonio anterior? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Nombre del Ex-Cónyuge:	Terminación:	Fecha de Terminación:

Cónyuge #2's Nombre U.S. Citizen? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<u>Nombre tal como aparece en su licencia de conducir, tarjeta de identificación o pasaporte VALIDO</u>		
Otros nombres usados por el Cónyuge #2			
Dirección			
Ciudad/Estado/Código Postal			
Teléfono	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular	
Dirección de correo electrónico			
Fecha de nacimiento			
Negocios/Empleo			
Matrimonio anterior? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Nombre del Ex-Cónyuge:	Terminación:	Fecha de Terminación:

Heather Lynn Virgen, Esq. SBN 309982

INFORMACIÓN FAMILIAR

Indique los nombres y la información de la dirección de todos los hijos vivos de este matrimonio, si corresponde. Si algún niño ha sido adoptado, indíquelo.

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

Enumere los hijos de matrimonios anteriores.

El Nombre del niño/niña:		Hijo/a de: Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		Hijo/a de: Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		Hijo/a de: Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		Hijo/a de: Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		Género: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

El Nombre del niño/niña:		Child of: Esposo <input type="checkbox"/>
		Esposa <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección de la calle del niño/niña:		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:	Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo/Teléfono Celular

¿Tratar a todos los niños como si fueran hijos de este matrimonio? S N

Enumere los hijos fallecidos, si los hubiere, y si sus propios hijos les sobrevivieron.

Nombre	Fecha de nacimiento:	Fecha de Muerte	Número de hijos del niño fallecido

TUTELA DE MENORES

Nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que desea criar a un hijo menor de 18 años, si ambos cónyuges fallecen (si corresponde).

Nombre(s)	
Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono:	
Instrucciones Especiales:	

ALTERNO: Nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que desea criar a un hijo menor de 18 años, si ambos cónyuges fallecen (si corresponde).

Nombre(s)	
Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono:	
Instrucciones Especiales:	

ELECCIÓN DE FIDEICOMISARIOS/EJECUTORES SUCESORES

Usted será el fideicomisario inicial de su fideicomiso. Si uno de ustedes fallece, el cónyuge sobreviviente será el único fideicomisario. El sucesor y/o los fideicomisarios suplentes que usted nombra a continuación solo se convertirán en fideicomisarios si ninguno de ustedes puede hacerlo. Para las elecciones de fideicomisarios sucesores, generalmente es mejor seleccionar beneficiarios designados, familiares o amigos cercanos de mucho tiempo. Debe enumerar al menos las opciones para el fideicomisario sucesor en caso de que su primera opción no esté disponible por algún motivo. Las personas que nombre aquí no tendrán poder, control o autoridad sobre usted o sus asuntos financieros mientras esté vivo y tenga la capacidad suficiente para manejar sus propios asuntos.

Elección del Fideicomisario Sucesor #1 (No es necesario repetir una dirección si ya la ha escrito una vez en este Cuestionario).

Nombre/Relación	
Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono:	

Elección Alternativa del Fideicomisario Sucesor #2 ¿Quieres co-fideicomisarios? S N

Nombre/Relación	
Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono:	

Elección Alternativa del Fideicomisario Sucesor #3

Nombre/Relación	
Dirección	
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono:	

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios son aquellas personas a las que desea pasar su herencia a su muerte. Es importante saber que los beneficiarios pueden cambiarse en cualquier momento modificando su fideicomiso en vida. Puede especificar un porcentaje fijo de nuestro patrimonio para cada beneficiario, o puede optar por dejar que su patrimonio pase a sus beneficiarios en partes iguales. Si elige especificar porcentajes, asegúrese de que el total sea igual al 100 %. Si marca la casilla "parte igual", no es necesario que complete los porcentajes. Si va a nombrar a más beneficiarios, haga copias adicionales de esta página.

Beneficiarios (Chequea aquí si todos los beneficiarios van a recibir partes iguales)

Nombre/Relación		
Dirección		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:		Cuota: %

Nombre/Relación		
Dirección		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:		Cuota: %

Nombre/Relación		
Dirección		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:		Cuota: %

Indique cualquier inquietud específica (que aún no se haya abordado) que tenga con respecto a la distribución de su patrimonio, incluida la desheredación de personas y beneficiarios alternativos:

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Alguno de sus beneficiarios tiene una discapacidad de aprendizaje, necesidades educativas, médicas o físicas especiales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene algún pariente (aparte de los niños) que dependa de usted para su sustento total o parcial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Cree que alguno de sus beneficiarios tiene problemas especiales con los cónyuges, las drogas, el alcohol o el manejo del dinero? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Desea desheredar a alguno de sus hijos, nietos o algún otro pariente cercano? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene un Acuerdo de Propiedad Conyugal existente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene testamentos existentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene fideicomisos existentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Quiere que algún activo pase a sus hijos? Antes de la muerte del segundo cónyuge? Común en familias mezcladas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Si un beneficiario fallece antes que usted, ¿desea que su parte vaya a sus hijos (conocidos como emisión) (o nietos)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Quiere que los activos pasen a sus beneficiarios para mantenerse en fideicomiso hasta una edad o edades específicas? En caso afirmativo, ¿qué edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Regalos especiales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Lista: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OPCIONES DE PODER DE ABOGADO

Hay dos tipos de poder notarial utilizados habitualmente en la planificación patrimonial. El primero es un poder notarial duradero para bienes y negocios. Su propósito es autorizar a alguien a manejar sus asuntos comerciales diarios en caso de que usted quede incapacitado. El segundo es una directiva anticipada de atención médica (también conocida como poder notarial duradero para asuntos de salud). Ambos poderes están diseñados para ser poderes “primaverales”. Esto significa que solo se vuelven válidos si usted queda incapacitado o no puede manejar sus propios asuntos. Su cónyuge será automáticamente su primera opción. Las selecciones que enumeran a continuación son solo en caso de que su cónyuge no esté disponible o no pueda actuar. Las opciones de cada cónyuge pueden ser diferentes, si lo desea.

Activos y asuntos comerciales Poder notarial Elección #1 (si el cónyuge no está disponible)

Opciones del Cónyuge #1

Opciones del Cónyuge #2

Nombre/Relación		
Dirección		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:		

Bienes y asuntos comerciales Poder de elección de Abogado #2 (Alternativo) ¿Coagentes? S N

Nombre/Relación		
Dirección		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:		

Opción de poder notarial de atención médica #1 (si el cónyuge no está disponible)

Nombre/Relación		
Dirección		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:		

Elección del poder notarial de atención médica #2 (si el cónyuge no está disponible) ¿Coagentes? S N

Nombre/Relación		
Dirección		
Ciudad/Estado/Código Postal:		
Teléfono:		

DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA

Por favor marque la casilla de la declaración que mejor expresa sus deseos:

Decisiones al final de la vida del Cónyuge #1

Las opciones a continuación representan un resumen de instrucciones para su agente sobre decisiones de atención médica. Seleccione:

1. 1. Quiero vivir el mayor tiempo posible; por lo tanto, quiero que se me proporcione dicho tratamiento independientemente de mis posibilidades de recuperación, mi condición o el costo de dicho tratamiento.
2. 2. No deseo que se me proporcione o continúe un tratamiento de soporte vital: (a) si estoy en un coma irreversible o en un estado vegetativo persistente; o (b) si tengo una enfermedad terminal y el uso de procedimientos de soporte vital serviría sólo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte; o (c) bajo cualquier otra circunstancia en la que las cargas del tratamiento superan los beneficios esperados.
3. C.P.R. para ser administrado? S N
4. ¿Donación de Organos? S N Limitar el uso de órganos? S N

Decisiones al final de la vida del Cónyuge #2

Las opciones a continuación representan un resumen de instrucciones para su agente sobre decisiones de atención médica. Seleccione:

1. Quiero vivir el mayor tiempo posible; por lo tanto, quiero que se me proporcione dicho tratamiento independientemente de mis posibilidades de recuperación, mi condición o el costo de dicho tratamiento.
2. No deseo que se me proporcione o continúe un tratamiento de soporte vital: (a) si estoy en un coma irreversible o en un estado vegetativo persistente; o (b) si tengo una enfermedad terminal y el uso de procedimientos de soporte vital serviría sólo para retrasar artificialmente el momento de mi muerte; o (c) bajo cualquier otra circunstancia en la que las cargas del tratamiento superan los beneficios esperados.
3. C.P.R. para ser administrado? S N
4. ¿Donación de Organos? S N Limitar el uso de órganos? S N

Centro de atención de enfermería:

¿Continuar con las actividades religiosas? _____

¿Continuar con las actividades religiosas? _____

Disfrutar al aire libre? _____

LISTA DE ACTIVOS

Como archivo adjunto a su fideicomiso en vida, debe hacer una lista de los activos que pretende colocar en el fideicomiso. La lista de activos debe identificar suficientemente el activo, pero no debe indicar valores. Por ejemplo, en las cuentas bancarias, incluiría el nombre del banco y el número de cuenta, pero no indicaría cuánto dinero hay en la cuenta.

Propiedad Inmobiliaria

Propiedad principal:	Dirección, Ciudad, Estado:
Propiedad Adicional #1:	Dirección, Ciudad, Estado:
Propiedad Adicional #2:	Dirección, Ciudad, Estado:
Propiedad Adicional #3:	Dirección, Ciudad, Estado:
Propiedad Adicional #4:	Dirección, Ciudad, Estado:

Cuentas Bancarias

Nombre/Tipo/Dirección del Banco:	Número(s) de Cuenta: ¿CONJUNTO / SEPARADO?
Nombre/Tipo/Dirección del Banco:	Número(s) de Cuenta: ¿CONJUNTO / SEPARADO?
Nombre/Tipo/Dirección del Banco:	Número(s) de Cuenta: ¿CONJUNTO / SEPARADO?
Nombre/Tipo/Dirección del Banco:	Número(s) de Cuenta: ¿CONJUNTO / SEPARADO?
Nombre/Tipo/Dirección del Banco:	Número(s) de Cuenta: ¿CONJUNTO / SEPARADO?
Nombre/Tipo/Dirección del Banco:	Número(s) de Cuenta: ¿CONJUNTO / SEPARADO?

Valores Propios

Nombre y Dirección del Corredor:	Número(s) de Cuenta y Tipo:
Nombre y Dirección del Corredor:	Número(s) de Cuenta y Tipo:
Nombre y Dirección del Corredor:	Número(s) de Cuenta y Tipo:

Planes de Retiro (IRA, 401K, Compensación Diferida)

Nombre: ¿Cónyuge #2?	Número(s) de Cuenta y Tipo:
Nombre: ¿Cónyuge #2?	Número(s) de Cuenta y Tipo:
Nombre: ¿Cónyuge #2?	Número(s) de Cuenta y Tipo:
Nombre: ¿Cónyuge #2?	Número(s) de Cuenta y Tipo:

Seguro de Vida

¿Cónyuge #1?	Número(s) de Cuenta/Tipo/Empresa:
¿Cónyuge #1?	Número(s) de Cuenta/Tipo/Empresa:
¿Cónyuge #2?	Número(s) de Cuenta/Tipo/Empresa:
¿Cónyuge #2?	Número(s) de Cuenta/Tipo/Empresa:

Otros activos (¿Tiene un negocio? ¿Vehículos de colección? ¿Pagarés o préstamos que se le deben?)

Caja de Seguridad?

Ubicación:	Numero de Caja:
Ubicación:	Numero de Caja: