**[Please use this form primarily for the purpose of oral translation, but if your client needs it to recognize their English language document then staple this document to the English language version and mark it for translation only, there is no need to execute both. Please delete this note prior to distributing this document.]**

**NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PARA**

**CONTROLAR DISPOSICIÓN DE LOS RESTOS**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residiendo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estando en mi sano juicio, deliberada y voluntariamente doy a conocer mi deseo de que, tras mi muerte, la disposición de mis restos sea controlada por:

**[NOMBRE DEL REPRESENTANTE]**

Respecto a ese asunto únicamente, por este medio nombro a dicha persona como mi representante en lo relacionado con la disposición de mis restos.

INSTRUCCIONES ESPECIALES:

A continuación se encuentran las instrucciones especiales que limitan la facultad otorgada a mi representante, así como las instrucciones o los deseos a cumplir al disponer de mis restos:

**Deseo ser [enterrado/cremado].**

Indique a continuación si tiene un contrato prefinanciado previo a la necesidad sujeto a la sección cuatrocientos cincuenta y tres de la ley general de negocios para la mercancía o los servicios funerarios previos a la necesidad:

[ ] No, no tengo un contrato prefinanciado previo a la necesidad sujeto a la sección cuatrocientos cincuenta y tres de la ley general de negocios.

[ ] Sí, tengo un contrato prefinanciado previo a la necesidad sujeto a la sección cuatrocientos cincuenta y tres de la ley general de negocios con:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nombre de la empresa funeraria con la que tiene el contrato prefinanciado previo a la necesidad para brindar productos y/o servicios)

Nobre del representate:

Dirección del representate:

Número de teléfono del representate:

**SUCESOR:**

En caso de que mi representante fallezca, renuncie o no sea capaz de actuar, por la presente nombro a las siguiente persona para servir como mi representante para controlar la disposición de mis restos según lo autorizado por este documento:

Nobre:

Dirección:

Número de teléfono:

**DURACIÓN:**

Este nombramiento entrará en vigencia después de mi fallecimiento.

**REVOCACIÓN DE NOMBRAMIENTO ANTERIOR:**

Por este medio revoco cualquier nombramiento anterior de cualquier persona para el control de la disposición de mis restos.

Firmado a los\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_días de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ESCRIBA EL NOMBRE DEL CLIENTE]]**

**Declaración del testigo (debe ser mayor de 18 años de edad):** Declaro que conozco personalmente a la persona que ejecutó este documento y parece estar en su sano juicio y que actúa deliberada y voluntariamente. Él/ ella/ellos firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

Testigo 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE IMPRESO

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(FIRMA)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE IMPRESO

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para ser firmado por el Agente en el momento en que se utilizará este formulario:**

**ACEPTACIÓN Y POSESIÓN DEL REPRESENTANTE:**

1. No tengo ningún motivo para que este nombramiento para controlar la disposición de los restos haya sido revocado.

2. Por este medio acepto el nombramiento.

Firmado a los\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_días de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_