

## PODER NOTARIAL DURADERO ESTATUTARIO DE ARKANSAS

**AVISO:** LOS PODERES OTORGADOS POR ESTE DOCUMENTO SON AMPLIOS Y ABARCATIVOS. ESTÁN EXPLICADOS EN LA LEY DE PODER NOTARIAL ESTATUTARIO UNIFORME. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTOS PODERES, OBTENGA ASESORÍA LEGAL COMPETENTE. ESTE DOCUMENTO NO AUTORIZA A NADIE A TOMAR DECISIONES MÉDICAS U OTRAS RELACIONADAS CON SU SALUD. USTED PUEDE REVOCAR ESTE PODER NOTARIAL SI ASÍ LO DESEA EN EL FUTURO.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y dirección), nombro a \_\_\_\_\_ (nombre y dirección de la persona designada) como mi agente (apoderado) para actuar en mi nombre en cualquier asunto legal con respecto a los siguientes temas inicialados:

**Para otorgar todos los poderes siguientes, inicie la línea frente a (N) e ignore las demás.**

**Para otorgar uno o más, pero no todos los siguientes poderes, inicie la línea frente a cada poder que está concediendo.**

**Para retener un poder, NO iniciar la línea frente a él. Puede, pero no es obligatorio, tachar cada poder que no desee conceder.**

INICIAL

- \_\_\_\_\_ (A) Transacciones de bienes raíces.
- \_\_\_\_\_ (B) Transacciones de bienes muebles tangibles.
- \_\_\_\_\_ (C) Transacciones de acciones y bonos.
- \_\_\_\_\_ (D) Transacciones de materias primas y opciones.
- \_\_\_\_\_ (E) Transacciones bancarias y con otras instituciones financieras.
- \_\_\_\_\_ (F) Transacciones operativas de negocios.
- \_\_\_\_\_ (G) Transacciones de seguros y rentas vitalicias.
- \_\_\_\_\_ (H) Transacciones de sucesiones, fideicomisos y otros beneficiarios.
- \_\_\_\_\_ (I) Reclamaciones y litigios.
- \_\_\_\_\_ (J) Mantenimiento personal y familiar.
- \_\_\_\_\_ (K) Beneficios del seguro social, Medicare, Medicaid u otros programas gubernamentales, o servicio militar.

\_\_\_\_\_ (L) Transacciones de planes de jubilación.

\_\_\_\_\_ (M) Asuntos fiscales.

\_\_\_\_\_ (N) **TODOS LOS PODERES ANTERIORES.** *(No es necesario inicialar ninguna otra línea si iniciala la línea (N).)*

**INSTRUCCIONES ESPECIALES:**

En las siguientes líneas puede dar instrucciones especiales para limitar o ampliar los poderes otorgados a su agente.

---

---

**A menos que indique lo contrario arriba, este poder notarial entra en vigencia de inmediato y continuará hasta que sea revocado.**

Este poder notarial seguirá siendo efectivo incluso si llego a estar incapacitado, discapacitado o incompetente.

*TACHE LA ORACIÓN ANTERIOR SI NO DESEA QUE ESTE PODER NOTARIAL CONTINÚE EN CASO DE INCAPACIDAD, DISCAPACIDAD O INCOMPETENCIA.*

Acepto que cualquier tercero que reciba una copia de este documento puede actuar en base a él. La revocación del poder notarial no será efectiva para terceros hasta que tengan conocimiento de la revocación. Acepto indemnizar al tercero por cualquier reclamación que surja debido a su dependencia en este poder notarial.

Firmado el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, **20**.

---

(Firma)

---

(Nombre impreso)

(Número de Seguro Social)

**Estado de Arkansas**

**Condado de \_\_\_\_\_**

Este documento fue reconocido ante mí el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, **20**, por  
\_\_\_\_\_ (nombre del otorgante).

\_\_\_\_\_

(Firma del Notario Público)

(Sello, si lo hay) \_\_\_\_\_

(Título (y rango) \_\_\_\_\_

[Mi comisión expira: \_\_\_\_\_]

AL ACEPTAR O ACTUAR BAJO ESTE NOMBRAMIENTO, EL AGENTE ASUME LAS  
RESPONSABILIDADES FIDUCIARIAS Y LEGALES DE UN AGENTE.