

03-18-2002

Form PTO-1594 (Rev. 03/01) OMB No. 0651-0027 (exp. 5/31/2002) Tab settings

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE U.S. Patent and Trademark Office



102012029

To the Honorable Commissioner of Patents and Trademarks: Please record the attached original documents or copy thereof.

1. Name of conveying party(ies): Francisco David Coll Schwab, the judicial administrator and executor of the estate

- Individual(s) [X] Association [] General Partnership [] Limited Partnership [] Corporation-State [] Other []

Additional name(s) of conveying party(ies) attached? [X] Yes [] No

3. Nature of conveyance:

- Assignment [] Merger [] Security Agreement [] Change of Name [X] Other []

Execution Date: 01/18/2002 (Effect 02/10/01)

2. Name and address of receiving party(ies)

Name: Francisco D. Coll Internal Address:

Street Address: 5103 Connecticut Av. NW Washington City: DC Zip: 20008

- Individual(s) citizenship [] Association [] General Partnership [] Limited Partnership [] Corporation-State []

[X] Other Estate (Puerto Rico)

If assignee is not domiciled in the United States, a domestic representative designation is attached: [] Yes [] No (Designations must be a separate document from assignment) Additional name(s) & address(es) attached? [X] Yes [] No

4. Application number(s) or registration number(s):

A. Trademark Application No.(s)

B. Trademark Registration No.(s) 1894364 ; 5 1,899,284

Additional number(s) attached [] Yes [X] No

5. Name and address of party to whom correspondence concerning document should be mailed:

Name: Alley Copyrights Inc.

Internal Address: Attn: Robert Conrad/ or FD Coll

Street Address: PO Box 4900

City: Washington, DC State: Zip: 20008

6. Total number of applications and registrations involved: 2

7. Total fee (37 CFR 3.41) \$ 65.00

- [X] Enclosed [] Authorized to be charged to deposit account

8. Deposit account number:

DO NOT USE THIS SPACE

9. Signature: Francisco David Coll Schwab

F.D. Coll Schwab

Name of Person Signing

Signature: [Handwritten Signature]

Signature

January 18, 2002

Date

Total number of pages including cover sheet, attachments, and document: 7

Mail documents to be recorded with required cover sheet information to: Commissioner of Patent & Trademarks, Box Assignments Washington, D.C. 20231

01/23/2002 6TOM11 00000030 1894364

01 FC:481 02 FC:482

40.00 DP 25.00 DP

TRADEMARK REEL: 2429 FRAME: 0663

**Recordation Form Cover Sheet : Continuation
Trademarks Only**

- 1. Name of conveying parties : (estate of).of Francisco Coll Monge**

- 2. Name and address of receiving parties : ; a.k.a . Francisco David Coll ; a.k.a., Francisco David Coll Schwab**

COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
COURT OF FIRST INSTANCE
SUPERIOR COURT OF CAROLINA

FRANCISCO DAVID COLL SCHWAB

Petitioner

EX-PARTE

CIVIL NO. FJV 2000-0635
(407)

RE:
DECLARATION OF HEIRS

R U L I N G

The petitioner in the above-captioned case has filed a request for Declaration of Heirs, duly sworn, through Atty. Kermit Ortiz Morales, so that Mr. Francisco David Coll Schwab, son of Mr. Francisco Coll Monge, may be declared his sole and universal heir.

It appears from the documentary and testimonial evidence presented in support of said request, that the decedent Mr. Francisco Coll Monge, died in San Juan, Puerto Rico, on December 15, 1999.

From said documentary evidence it further appears that on the date of his death the decedent was single and that while he lived he had only procreated as a son the above-captioned petitioner, who is his sole and universal heir.

After certifying, under oath, to this court that all endeavors, investigations and recordings were made in search of wills and other valid testamentary disposals, all of which proved negative; that the petitioner is the only son of the decedent and that the latter, at the moment of his death, left assets, movables and real estate, located both in Puerto Rico and in the United States, this Court, in view of the oral and documentary evidence offered by the petitioner, hereby declares as the sole and universal heir *ab intestato* of Mr. Francisco Coll Monge, his son Francisco David Coll Schwab, as to all rights, assets and stock left by the decedent at the moment of his death. The instant declaration of heirs is entered without prejudice to third parties with superior rights.

TO BE ENTERED AND NOTIFIED.

ISSUED IN CAROLINA, PUERTO RICO, on February 2, 2001.

/S/

[stamped]

MARILYN MARTIR GAYA
Superior Court Judge

CERTIFIED: Elba N. Moura Castellar
Regional General Clerk
General Clerk

By: M. Ramos
Deputy Clerk

FEB 09, 2001

[There appears the stamp of the
General Court of Justice -
Commonwealth of Puerto Rico -
Carolina District Court]

ON THE REVERSE:

Stamp of the General Court of Justice - Commonwealth of Puerto Rico - Carolina District Court

One cancelled Internal Revenue stamp - \$1.00 - A00514654

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">CERTIFICATION</p> <p>I CERTIFY that this is a true and exact copy of the original that is in the record and I issue the same at the request of the <u>interested party</u>.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>after payment of fees <input type="checkbox"/>for official use</p> <p style="text-align: center;">FEB 09 2001 Free of Fees</p> <p>On _____</p> <p style="text-align: center;">ELBA N. MOURA CASTELLAR <u>REGIONAL GENERAL CLERK</u> Clerk</p> <p style="text-align: center;">By <u>Maria A. Ramos Viera</u> Chief Deputy Clerk</p> |
|---|

United States District Court
For the District of Puerto Rico

— CERTIFIED —

To be a correct translation prepared by:

Anne Flores

Certified Court Interpreter
Administrative Office of the
United States Courts

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO (COMMONWEALTH OF PUERTO RICO)

DEPARTAMENTO DE SALUD (DEPARTMENT OF HEALTH) REGISTRO DEMOGRAFICO (DEMOGRAPHIC REGISTRY) CERTIFICACION DE DEFUNCION (CERTIFICATION OF DEATH)

NUMERO

V-6

NUMERO DE DEFUNCION
Death Number

026672

| | | | |
|---------------------------------|---------------|---|---|
| NUMERO DE AREA (Area Number) | AÑO (Year) | NUMERO DE REGISTRO (Register Number) | NUMERO DE CERTIFICADO (Certificate Number) |
| 152 | 99 | 260 | 4743 |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|
| 1. Lugar de Defunción (Place of death) | | b. Barrio | | 1. c. Lugar (Cottage o casa una) | | 2. Residencia Habitual del Fallecido (¿Dónde vivía? Si en una institución, Residencia antes de ingresar en la misma) | |
| a. Municipio <u>San Juan</u> | | | | Hospital | | a. Municipio <u>Carolina</u> b. Estado o País <u>Puerto Rico</u> | |
| d. Si en Hospital u Otro Sitio? (Hospital or Other Institution) Especifique dónde (Nombre del Hospital, institución, etc.) Si no fue en Hospital, informe dirección exacta. Indique si fue en su hogar. <u>Hospital</u> | | e. Tiempo de Estada (en ese municipio) | | <input type="checkbox"/> Muerto al llegar (DOA) | | c. Barrio <u>Villalba</u> d. Edificado, Zona o Sitio <u>Villalba</u> e. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> | |
| f. Tiempo de Estada (en Hospital o Institución) <u>7 días</u> | | | | <input type="checkbox"/> Ambulatorio (Outpatient/ER) | | 6. Dirección (Si Urbana, - Calle y Número) <u>Calle 1 # 69</u> | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalizado (Inpatient) | | | |
| | | | | Otros | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Cam de Salud <input type="checkbox"/> Asilo <input type="checkbox"/> Otro | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| 3. Nombre y apellidos del fallecido (Deceased Name) <u>Fernando Coll Mose</u> | | | 4. Hora y Fecha de la Defunción (Death-Time, Date) | | | 9. Último grado escolar completado | | |
| 5. Sexo <u>Varón</u> | | | 7. Fecha de Nacimiento | | | Elemental, Intermedia o Secundaria (0-12) | | |
| 6. a. Estado Civil (Marital Status) | | | 8. Edad (en años) | | | Colegio Universitario (14 & 5) | | |
| Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> | | | 6. b. Nombre del Conyuge: <u>Maria Schaub</u> | | | Si Menor de 1 Año | | |
| | | | 7. Fecha de Nacimiento | | | Si Menor de 24 Horas | | |
| | | | Mes <u>Mayo</u> Día <u>03</u> Año <u>1997</u> Hora <u>7:30</u> | | | Meses | | |
| | | | | | | Días | | |
| | | | | | | Horas | | |
| | | | | | | Minutos | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 10. a. Ocupación Habitual (Trabajo realizado durante la mayor parte de su vida. No use el término "retirado"). | | 10. b. Clase de Industria o Negocio | | 10. c. Fecha en que comenzó por última vez | | 11. Nacionalidad | | 12. Ciudadano de | |
| | | | | <u>1997</u> | | Municipio <u>Carolina</u> Estado o País <u>Puerto Rico</u> | | U.S.A. | |
| | | | | <u>35 años</u> | | | | 13. Tiempo de Residencia en Puerto Rico <u>12 años</u> | |
| 14. Nombre y apellido del Padre (Father's Name) <u>Angel M. Coll</u> | | 15. Nombre y apellido de Madre (Mother's Maiden Name) <u>Maria B. Moya</u> | | 16. a. Natural de | | 17. a. Dirección exacta del fallecido | | 18. e. Relación con el Fallecido | |
| Municipio <u>Carolina</u> Estado o País <u>Puerto Rico</u> | | Municipio <u>Santo Domingo</u> Estado o País <u>Rep Dominicana</u> | | a. Nombre <u>Juanico M. Coll</u> | | <u>404 Ocean Avenue Suite 3 Chapel Hill</u> | | <u>Esposo</u> | |
| 16. ¿Permaneció el Fallecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? | | 17. Número de Seguro Social | | 18. Informante | | 19. a. Dirección exacta del fallecido | | 18. e. Relación con el Fallecido | |
| Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | <u>582265760</u> | | a. Nombre <u>Juanico M. Coll</u> | | <u>404 Ocean Avenue Suite 3 Chapel Hill</u> | | <u>Esposo</u> | |
| Guerra/Fecha <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> | | Ninguno <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> | | b. Firma <u>Juanico M. Coll</u> | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|--|--|
| 19. AL QUE DECLARO LA MUERTE. Complete el 19-a-c únicamente, si el médico que certifica no está disponible al momento de la muerte para certificar la causa. | | I. CERTIFICACION MEDICA, (MEDICAL CERTIFICATION) | | 19. a. A su mejor entender la muerte ocurrió en la hora, fecha y lugar arriba indicado. | | 19. b. Número de Licencia | | 19. c. Fecha de la Firma | |
| 20. CAUSA DE MUERTE. Escriba una sola causa en cada línea (a), (b), (c) y (d). Causa de la muerte no significa la forma de morir como colapso cardíaco, asfixia, etc. Significa la enfermedad lesión o complicación que ocasionó la muerte. | | Indique en orden las condiciones que condujeron a la causa inmediata. ESCRIBA AL FINAL LA CAUSA PRINCIPAL (enfermedad o lesión) que inició los eventos que llevaron la muerte. | | Firma <u>M.S.</u> | | <u>10921</u> | | Mes <u>12</u> Día <u>15</u> Año <u>87</u> | |
| | | | | Título <u>Señor Coronel en Jefe</u> | | Intervento en su diagnóstico y el laboratorio | | 21. ¿Estuvo la fallecida embarazada en el último año? | |
| | | | | <u>Left Ant. Sanguine</u> | | <u>Charles Requena Cervet</u> | | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | |
| | | | | <u>Medio a. o como consecuencia de</u> | | | | 22. Número del record Médico <u>102478</u> | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| 23. ¿Se practicó Autopsia? | | 24. Institución donde se hizo la autopsia | | 25. ¿Se reportó al local? | |
| <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | | | | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | |
| 26. a. Fecha de la operación, al la hubo | | 26. b. Hallazgos más importantes de la operación | | 27. a. Tipo de muerte: <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> accidente <input type="checkbox"/> suicidio <input type="checkbox"/> homicidio | |
| | | | | <input type="checkbox"/> pendiente de investigación <input type="checkbox"/> no pudo determinarse | |
| 27. c. Municipio | | 27. d. Fecha de la lesión | | 27. e. Ocurrió mientras trabajaba? | |
| Sitio o barrio | | Mes <u>May</u> Día <u>17</u> Año <u>1998</u> | | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | |
| Estado o país | | | | 27. f. ¿Cómo ocurrió la lesión? | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 28. a. CERTIFICO que asistí al fallecido desde _____ 19____ hasta _____ 19____ en la fecha y hora arriba indicada. | | 28. b. NO asistí al fallecido; esta Certificación se hace a base de información suministrada por _____ en su carácter de _____ | |
| 29. a. Médico que Certifica <u>Cabrer</u> | | 29. b. Número de Licencia del Médico que Certifica <u>10926</u> | |
| 29. c. Dirección Exacta del Médico que Certifica <u>Chorro de Murillo</u> | | 29. d. Fecha de la Firma <u>12 15 87</u> | |
| 30. a. Enterramiento <input checked="" type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ | | 30. c. Nombre del cementerio o crematorio <u>Porta Celes Cremation Plus Bayamón Puerto Rico</u> | |
| 31. Será completado por AGENTE FUNERARIO O ENCARGADO DEL ENTIERRO | | 32. a. ¿Fue embalsamado? <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| c. Crifón <input type="checkbox"/> fue embalsamado <input type="checkbox"/> no fue embalsamado | | b. Nombre del embalsamador <u>[Firma]</u> | |
| Firma <u>[Firma]</u> | | c. Número de licencia <u>398</u> | |
| d. Nombre/dirección de la funeraria <u>San Puerto Rico Memorial Funeral, Puerto Rico</u> | | d. Firma <u>[Firma]</u> | |
| | | 33. Color o Raza del fallecido <input checked="" type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro | |
| | | 34. Fecha del Registro <u>23 12 98</u> | |
| | | Nombre del Registrador <u>Quen A. Nardo</u> | |

ESTE ES UN ABSTRACTO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION OFICIALMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO DEMOGRAFICO DE PUERTO RICO BAJO LA AUTORIDAD CONFERIDA POR LA LEY 24 DEL 22 DE ABRIL DE 1931

THIS IS AN ABSTRACT OF THE RECORD FILED IN THE DEMOGRAPHIC REGISTRY OF PUERTO RICO ISSUED UNDER THE AUTHORITY OF LAW 24, APRIL 22, 1931



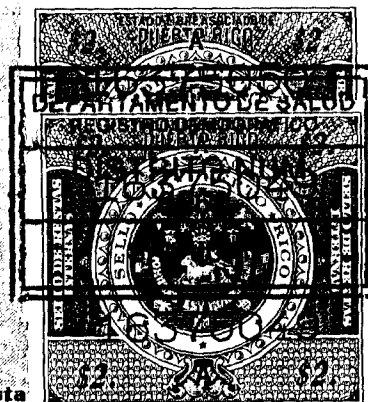
SECRETARIO DE SALUD
(SECRETARY OF HEALTH)

DIRECTOR REGISTRO DEMOGRAFICO
(STATE REGISTRAR)

Dando Salud... a tu Vida.

ADVERTENCIA: Cualquier alteración o borradura cancela esta

WARNING: Any alteration or erasure voids this certification.





← PRINTED REPRESENTATION OF WATERMARK. FOR VERIFICATION OF DOCUMENT AUTHENTICITY. HOLD UP TO LIGHT AND COMPARE WATERMARK.