

ACCORD DES PROCHES

Cet accord, par et entre (nom du Patient), dont l'adresse est (adresse) (ci-après appelé par le "Patient") et (nom du Proche), dont l'adresse est (adresse) (ci-après appelé "Proche") :

Étant donné que le Proche peut avoir une certaine implication dans les arrangements funéraires du corps du Patient à la mort de ce dernier ;

Considérant que la relation familiale entre le Patient et le Proche est reconnue par le Proche pour 1 \$ symbolique, le Proche est d'accord avec ce qui suit:

1 - Le Proche cède à Cryonics Institute (une Société à but non lucratif du Michigan, ci-après appelé CI) tous ses droits et intérêts concernant le contrôle des arrangements funéraires du corps du Patient après le décès de ce dernier.

2 - Le Proche devra prendre toutes les mesures raisonnablement nécessaires afin de permettre, sans entraver, la cryogénéisation du patient selon les termes du Contrat, incluant, sans limitation, celles visant les documents complémentaires, jugés requis par CI, permettant à CI de recevoir le corps du Patient immédiatement après la mort de ce dernier, ainsi que tous ceux permettant à CI d'agir efficacement.

3 - Le Proche entend que CI sera un tiers bénéficiaire du présent Accord, et accepte que CI aura le droit de faire appliquer le présent Accord dans une cour de justice.

4 - Le Proche reconnaît que la violation de cet Accord pourrait causer un dommage irréparable au Patient et à CI, et convient qu'en cas de violation du présent accord, CI pourrait obtenir, sans obligation, des injonctions préliminaires et permanentes interdisant toute violation du présent Accord par le Proche, si ces infractions sont par voie d'action ou d'omission.

5- Le Proche accepte que ce Contrat, sous juridiction de l'état du Michigan, sera régie par la loi du Michigan. Toute action en justice intentée concernant l'interprétation ou l'application de l'Accord ou de l'action concernant les arrangements funéraires du Patient par le Proche, devra être intentée devant un tribunal de l'Etat, dans le comté de Macomb au Michigan ou devant un tribunal fédéral du district de l'Est du Michigan.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ci dessous :

SIGNATURE DU PATIENT : _____ Date _____

SIGNATURE DU PROCHE : _____ Date _____

Souscrit sous serment devant moi le _____

Signature du Notaire _____

Nom du Notaire _____ Province / État _____

S'il y a deux témoins au lieu d'un notaire, chaque témoin doit signer, indiquer son nom et son adresse en lettres majuscules et dater :

Témoin 1 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse : _____

Témoïn 2 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse _____

ACCORD DE SUSPENSION CRYOGENIQUE

ANNEXE "FONDS ETRANGERS"

Adhérent à Vie

Cette annexe est attachée au Contrat de Suspension Cryogénique entre (nom du Patient) résidant actuellement au (adresse du Patient) (ci-après appelé "Patient") et CRYONICS INSTITUTE, une société à but non lucratif du Michigan (ci-après appelé "CI").

Le patient a accepté de financer son contrat par des fonds autres qu'en US dollar. Ceci est acceptable pour CI si, à tout moment, le financement fourni ou convenu avec le Patient venait à diminuer en bas de 30 000\$US, CI pourrait exiger que le patient augmente son financement pour l'équivalent de 35,000\$US. Le Patient accepte ce qui précède.

SIGNATURE DU PATIENT : _____ Date _____

Souscrit sous serment devant moi le _____

Signature du Notaire _____

Nom du Notaire _____ Province / État _____

S'il y a deux témoins au lieu d'un notaire, chaque témoin doit signer, indiquer son nom et son adresse en lettres majuscules et dater :

Témoïn 1 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse : _____

Témoïn 2 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse _____

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce contrat, qui s'exécutera finalement à Clinton Township, Michigan.

CRYONICS INSTITUTE : par _____

Agent du contrat, en date de : _____

Déclaration concernant le choix de perfusion

(Document optionnel)

Cette déclaration concernant le choix de perfusion a été fait par l'adhérent CI (nom du Patient) résidant au (adresse du Patient) (ci-après appelé "Patient") et CRYONICS INSTITUTE une société à but non lucratif située dans le Michigan (ci-après appelé "CI").

La perfusion de Cryonics Institute concerne en premier lieu la vitrification (élimination des cristaux de glace) du cerveau. En complément, les patients potentiels (Adhérents) peuvent aussi choisir s'ils souhaitent ou non que leur corps soit perfusé avec une solution qui peut réduire, mais non éliminer totalement, la glace (choisir SEULEMENT UN (1) des trois (3) choix suivant en l'initialant:

(1) ___ (initiales) Je, Patient, voudrais avoir mon corps perfusé.

(2) ___ (initiales) Je, Patient, NE voudrais PAS que mon corps soit perfusé.

OU

(3) ___ (initiales) Je, Patient, choisis que CI utilise son pouvoir discrétionnaire pour décider si mon corps sera perfusé ou non. La norme actuelle de soin est de ne pas perfuser le corps en se basant sur le fait que cela pourrait compromettre la qualité de préservation du cerveau, bien qu'il soit reconnu que cette situation pourrait changer dans l'avenir avec l'amélioration de la technologie.

((3) est le choix par défaut en l'absence d'une sélection claire d'un des deux premiers choix.)

PATIENT (ADHÉRANT CI) _____ Date _____

FORMULAIRE DE DONATION ANATOMIQUE

Ceci est le Formulaire de Donation Anatomique de (nom du Patient), résidant actuellement au (adresse du Patient).

Dans l'espoir que je puisse aider des gens, je fais ici le don de mon corps à ma mort légale. Les mots ci-dessous précise mon souhait.

J'ai l'intention que mes restes soient préservés par le biais de la cryogénéisation. A cette fin, j'autorise la livraison de mes restes à CRYONICS INSTITUTE, 24355 Sorrentino Court, Clinton Township, Michigan 48035, ses agents ou représentants, à l'endroit qu'ils pourront indiquer, conformément à l'Acte de Donation Anatomique.

J'ordonne que cette livraison ait lieu le plus rapidement possible après ma mort, sans embaumement ni autopsie.

En foi de quoi, je, (nom du Patient) signe, publie et déclare que ce qui précède est ma volonté concernant la disposition de mes restes, ce _____

Signature du Donneur _____

Date de naissance du Donneur _____

Souscrit sous serment devant moi le _____

Signature du Notaire _____

Nom du Notaire _____ Province / État _____

S'il y a deux témoins au lieu d'un notaire, chaque témoin doit signer, indiquer son nom et son adresse en lettres majuscules et dater :

Témoin 1 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse : _____

Témoin 2 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse _____

CERTIFICAT DE CROYANCE RELIGIEUSE ET D'OBJECTION RELIGIEUSE CONCERNANT L'AUTOPSIE

Ceci est un certificat de Croyance Religieuse et d'Objection Religieuse concernant l'Autopsie de (nom du Patient), résidant actuellement au (adresse du Patient).

Je, (nom du Patient), déclare par la présente, que je tiendrais l'autopsie de mon corps et de mon cerveau comme être une violation de mes convictions religieuses et de mes droits religieux. Selon mes croyances religieuses, je ne souhaite, en aucun cas, subir d'autopsie.

En foi de quoi, (nom du Patient) signe, publie et déclare ce qui précède comme être mon souhait concernant la disposition de mes restes, ce (date),

Signature du Certificateur _____

Souscrit sous serment devant moi le _____

Signature du Notaire _____

Nom du Notaire _____ Province / État _____

S'il y a deux témoins au lieu d'un notaire, chaque témoin doit signer, indiquer son nom et son adresse en lettres majuscules et dater :

Témoin 1 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse : _____

Témoin 2 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse _____

ACCORD DE CRYOPRESERVATION - ANNEXE "AIDE LOCALE"

Adhérant   Vie

Cette Annexe est jointe à l'Accord de Cryopréservation entre (nom du Patient), résident actuellement au (adresse du Patient) (ici appelé "Patient") et CRYONICS INSTITUTE, une société à but non lucratif du Michigan (ici appelé "CI").

1- Considérant que les frais de cryog nisation nécessitent un montant de 28 000\$US au minimum pour un Adhérant   Vie, le Patient demande, et CI accepte, que CI assume la responsabilité du paiement des services locaux d'un directeur funéraire ainsi que du transport du corps du Patient   CI, dans la limite des ressources humaines et financières disponibles à CI et déterminé selon son bon jugement. La responsabilité d'organiser les arrangements funéraires ainsi que le transport restera à la charge du Patient ou de ses proches.

2- Si les frais de cryog nisation n'atteignent pas le montant de 28 000\$ US requis pour compenser les dépenses et efforts de CI, en vertu de ce qui est décrit au paragraphe 1 de cette Annexe, CI n'aura aucune obligation en vertu de cette Annexe. Mais l'Accord de Cryopréservation restera effectif, et CI fera son possible, selon son bon jugement, comme indiqué dans l'Accord de Cryopréservation, pour cryog niser le Patient.

SIGNATURE DU PATIENT : _____ Date _____

Souscrit sous serment devant moi le _____

Signature du Notaire _____

Nom du Notaire _____ Province /  tat _____

S'il y a deux témoins au lieu d'un notaire, chaque témoin doit signer, indiquer son nom et son adresse en lettres majuscules et dater :

Témoin 1 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse : _____

Témoin 2 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse _____

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce contrat, qui s'exécutera finalement à Clinton Township, Michigan.

CRYONICS INSTITUTE : par _____

Agent du contrat, en date de : _____

CONTRAT DE CRYOPRÉSERVATION

Annexe de non-cryopréservation

Cette Annexe est jointe au Contrat de Cryopréservation entre (nom du Patient) résidant au (adresse du Patient) (appelé ici le "Patient") et CRYONICS INSTITUTE, une société à but non lucratif du Michigan (appelé ici "CI").

Dans l'éventualité où CI ne commencerait pas ou ne continuerait pas la cryogénéisation du Patient aux titres des dispositions du présent Contrat, et que CI posséderait ou recevrait une partie ou la totalité des frais de Cryogénéisation par le biais de la police d'assurance vie du Patient, d'une fiducie ou autre, la partie des frais de Cryogénéisation auquel CI n'a pas droit sera reversé selon ce qui est spécifié et initialé ci-dessous (choisir SEULEMENT UNE (1) des (4) options en initialant votre choix)

(1) ___ (Initiales) Je, le Patient, donne les fonds des Frais de Cryopréservation comme donation à CI

Si vous choisissez cette option, vous pouvez choisir de spécifier comment CI devra utiliser les fonds.

(si c'est le cas, initialer un choix SEULEMENT)

___ Recherche ___ Préparation pour des adhérents de CI en ayant besoin ___ où ce sera le plus adapté

OU

(2) ___ (initiales), Je, le Patient, donne les fonds des Frais de Cryogénéisation comme préparation de la cryogénéisation à CI de la personne suivante :

Nom _____

Adresse _____

Lien avec le Patient _____

OU

(3) ___ (Initiales) Je, le Patient, donne les fonds des Frais de Cryogénéisation à la personne suivante :

Nom _____

Adresse _____

Lien avec le Patient _____

OU

(4) ___ (Initiales) Je, le Patient, donne les fonds des Frais de Cryogénéisation à ma succession, qui seront redistribués selon les conditions de mon testament.

PATIENT (ADHÉRANT CI) : _____ Date _____

Souscrit sous serment devant moi le _____

Signature du Notaire _____

Nom du Notaire _____ Province / État _____

S'il y a deux témoins au lieu d'un notaire, chaque témoin doit signer, indiquer son nom et son adresse en lettres majuscules et dater :

Témoin 1 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse : _____

Témoin 2 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse _____

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé ce contrat, qui s'exécutera finalement à Clinton Township, Michigan.

CRYONICS INSTITUTE : par _____

Agent du contrat, en date de : _____

CONSENTEMENT POUR CRYOPRÉSERVATION

CONSIDÉRANT QUE, (nom du Patient), mon / ma (lien de parenté), saint d'esprit, a exprimé son désir de préserver son corps à sa mort par le biais de la cryogénéisation, et a fait un contrat avec CRYONICS INSTITUTE (une société à but non lucratif du Michigan) dont l'adresse est 24355 Sorrentino Court, Clinton Township, MI 48035, pour le faire ;

CONSIDÉRANT QUE, je peux autoriser ou obliger à disposer de son corps à sa mort, et suis d'accord pour respecter ses volontés à l'égard de ces dispositions ;

J'AUTORISE ICI ET ORDONNE qu'immédiatement après sa mort, son corps soit livré à Cryonics Institute afin de procéder à sa cryogénéisation, et qu'aucune autre alternative ou donation alternative ne sera faite.

EN FOI DE QUOI, les parties aux présentes, ont signé ci-dessous :

SIGNATURE DU PROCHE : _____ Date _____

Nom du Proche : _____

Adresse _____

Code Postal, Ville, Province, Pays _____

Souscrit sous serment devant moi le _____

Signature du Notaire _____

Nom du Notaire _____ Province / État _____

S'il y a deux témoins au lieu d'un notaire, chaque témoin doit signer, indiquer son nom et son adresse en lettres majuscules et dater :

Témoin 1 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse : _____

Témoin 2 : Signature _____ Date _____

Nom (en lettres majuscules) _____

Adresse _____

ADHÉRANT CI

QUESTIONNAIRE D'INFORMATION D'URGENCE

Les chances pour qu'un membre soit préservé correctement est basé directement sur la capacité de CI et/ou ses représentants de rejoindre rapidement le membre à l'approche de sa mort ou dès l'annonce de son décès. Le succès dépendra également si l'adhésion et les procédures ont été entièrement financées et validées juridiquement.

Répondre aux questions ci-dessous est **EXTRÊMEMENT IMPORTANT** si vous souhaitez être préservé par CI dans les meilleures conditions. Si nous n'avons pas ces informations, si nous ne pouvons pas vous localiser, si votre contrat n'est pas entièrement financé, ou si CI n'a pas les droits légaux sur votre dépouille, votre cryogénéisation sera sérieusement compromise.

Merci de compléter les informations ci-dessous au meilleur de votre connaissance.

Date :

Identification:

Nom de famille (Inclure Jr, Sr etc si nécessaire) :

Prénom :

Autres Nom(s) :

Sexe (Homme ou Femme) : Taille : Poids :

Avez-vous une photo récente dans votre dossier CI ? (Si non, merci d'en faire parvenir dès que possible)

Avez-vous commandé votre bracelet ou votre chaîne d'identification d'urgence ainsi qu'un carte d'identification ?

Le coût pour les chaînes et les bracelets sont au coût de 10\$US chacun, et la carte d'identification est gratuite. Le bracelet et la chaîne d'identification doivent être portées uniquement par les adhérents ayant un Contrat de Cryogénéisation et un financement valide. (Une fois ces exigences

rencontrées, merci de vous rappeler de porter ou emmener en tout temps votre identification CI)

Localisation :

Domicile :

Adresse :

Ville :

État / Province :

Code Postal :

Pays :

Téléphone :

Télécopieur :

Téléphone mobile ou avertisseur (spécifier lequel) :

Courriel :

Travail (si applicable) :

Adresse :

Ville :

État / Province :

Code Postal :

Pays :

Téléphone :

Télécopieur :

Téléphone mobile ou avertisseur (si différent de votre téléphone ou avertisseur personnel) :

Courriel (si différent de votre courriel personnel) :

Autorité légale sur la dépouille en cas de décès

L'idéal est que vous parliez à votre docteur, votre avocat ou au représentant légal, en leur spécifiant, comme indiqué dans votre Contrat de Cryogénéisation, que c'est bien votre souhait que CI prenne possession de votre corps au moment de votre mort dans le but de le cryogéniser et de le conserver par la suite. Il se peut néanmoins que certains membres de votre famille veuillent revendiquer le droit d'exercer un contrôle sur votre corps. Cela n'est pas forcément un obstacle si votre famille a été bien informée de vos volontés et sont d'accord pour coopérer. Les informations ci-dessous nous aideront à contacter les membres de votre famille en cas d'urgence, et nous aideront à travailler avec eux et / ou à estimer le degré de coopération que nous pouvons attendre d'eux.

Êtes-vous Marié(e), Divorcé(e), Séparé(e), Veuf (Veuve), Conjoint de fait, Célibataire ?
(encercler)

Si vous êtes marié(e) ou conjoint de fait, merci de nous indiquer le nom et numéro de téléphone de votre mari (épouse) ou conjoint(e) de fait :

Si vous êtes en procédure de divorce et que le divorce n'a pas encore été prononcé, ou si vous êtes séparé(e), merci de nous indiquer le nom, adresse et téléphone de votre mari (épouse) ou ex-mari (ex-épouse) :

Merci d'énumérer les noms, adresses et numéros de téléphone de vos Proches :

Mère :

Père :

Frère(s) :

Soeur(s) :

Fils - indiquer l'âge :

Fille(s) - indiquer l'âge :

Assistance Locale

Les meilleures circonstances afin d'obtenir de bons résultats concernant la cryogénéisation du Patient est d'être relocalisé au Michigan, dans un centre de soins palliatifs, avant de mourir.

Cependant ses conditions idéales ne sont pas toujours réalisables et lorsque l'adhérent meurt loin de CI, la coopération des personnes locales peuvent faire une grande différence qu'en à la qualité de la préservation. Les personnes suivantes devraient être contactées et informées de votre souhait de fait la cryogénéisation. Informer CI de leurs noms et coordonnées est primordial.

Directeur Funéraire local près à coopérer, si vous en avez un. Merci d'indiquer le nom et téléphone du Directeur ainsi que le nom et de l'adresse du complexe funéraire. Utiliser l'annuaire si nécessaire :

Docteur local près à coopérer, si vous en avez un. Merci d'indiquer le nom de votre Docteur, l'adresse de son cabinet ainsi que ses numéros de téléphone professionnel et personnel. Utiliser l'annuaire si nécessaire :

Représentant légal près à coopérer, si vous en avez un. Merci d'indiquer les noms de vos Avocat, Notaire, ainsi que leurs adresses et téléphones professionnels et personnels. Utiliser l'annuaire si nécessaire.

Nom d'une ou des personne (s) à contacter en cas d'urgence (épouse, ami, cryonisiste local, groupe de support, etc). Indiquer leurs noms, adresses et numéros de téléphone et / ou téléphone mobile et adresses courriel :

Adhésion et Financement

CI peut uniquement effectuer les procédures de cryogénéisation sur les individus qui sont adhérents et qui ont entièrement pré-payé leur cryogénéisation ou pris les arrangements nécessaires pour se faire en payant via une police d'assurances vie ou un autre moyen acceptable. Si vous n'êtes pas adhérent, CI ne vous cryogénéisera pas. Si vous avez choisi l'Option 2 avec des cotisations d'adhésion, vos cotisations doivent être payées dans les temps. Si vous êtes adhérent mais que vous n'avez pas encore fait tous les arrangements nécessaires pour financer votre Contrat de Cryogénéisation, vous ne serez pas cryogénéisé. Nous insistons : si vous êtes adhérent mais que vous N'AVEZ PAS fait les arrangements nécessaires concernant le financement de votre cryogénéisation, votre cryogénéisation ne sera pas effectuée.

Vous DEVEZ faire les arrangements nécessaires pour financer votre cryogénéisation dès que possible, nous en informer, nous envoyer la documentation nécessaire pour le prouver et nous aviser immédiatement de tout changement concernant ces arrangements.

Comment avez-vous entendu parler de Cryonics Institute ?

Avez-vous relu, signé et envoyé à CI votre Contrat de Cryogénéisation ? (O / N) :

Est-ce que votre Contrat de cryogénéisation est entièrement financé ? (O / N) :

Avez-vous financé votre contrat de Cryogénéisation par (faites un choix) :

1. Comptant (Pré-Paiement)
2. Financement par le biais d' une Assurance
3. Autre (merci de spécifier)

Si vous payez via une police d'assurance, merci de nous indiquer le nom de la Compagnie d'Assurance, le numéro de la police et le montant.

Avez-vous envoyé la documentation prouvant la couverture de votre financement, quelque soit sa forme, à CI ?

(Notamment, une mise à jour régulière de votre couverture d'assurance). Si vous faites un paiement annuellement de votre police d'assurance, assurez-vous d'envoyer une copie de l'avis et de votre paiement, à CI.) :

Avez-vous inclus un montant additionnel au montant de 28,000\$US (Option 1) ou 35,000\$US (Option 2) qui couvre des frais ou circonstances inattendus, le coût de l'aide locale et du transport de votre corps à CI, ou d'une donation ou d'un legs pour supporter CI dans ses efforts ? (O / N) :

Merci d'indiquer le montant total de votre financement, en incluant le montant additionnel :

Avez-vous indiqué Cryonics Institute dans votre testament (Option) (O / N) :

Êtes-vous adhérent d'une autre organisation de Cryonie existante ? (O / N, si oui, laquelle ?)

Conditions Spéciales :

Si vous avez des conditions de santé qui pourraient représenter un problème pour effectuer la procédure de cryogénéisation, telles que si vous avez fait plusieurs crises cardiaques et que vous êtes encore à risque dans le futur, ou si vous souffrez d'une maladie transmissible comme le sida ou une hépatite, merci de l'indiquer ici. Les maladies transmissibles peuvent constituer une menace

pour le personnel qui travaillera sur le Patient. Merci d'indiquer ces maladies pour que nous puissions prendre des précautions supplémentaires. Toutes maladies ou problèmes personnels de nos adhérents resteront TOUJOURS confidentiels. Seul le personnel qui devra en être informé, en sera avisé.

Si vous avez un d'autres problèmes qui ne sont pas reliés à la santé mais qui pourraient néanmoins causer un problème lors de la procédure de cryogénéisation, tels si vous vivez seul ou dans une maison isolée, ou êtes en conflit avec un membre de votre famille, merci de l'indiquer ici.

Si vous avez d'autres commentaires, suggestions ou informations à nous partager afin que CI puisse mieux vous servir, n'hésiter pas à en faire part ici et nous contacter en tout temps.

Historique Personnel

L'information suivante est requise pour le certificat de décès. En ayant cette information à l'avance dans nos dossiers, nous serons en mesure d'agir plus rapidement en cas d'urgence. (Ce sont les questions que l'on retrouve dans les formulaires gouvernementaux, notamment ceux requis pour obtenir le certificat de décès. Si toutes les informations ne sont pas disponibles rapidement pour obtenir le certificat de décès, le transport du Patient d'un autre Etat ou d'un autre pays pourrait être retardé.)

Date de naissance (MM-JJ-AA) : Lieu de Naissance :

Nom à la naissance :

Numéro de sécurité social : Statut matrimonial :

Nom complet de jeune fille de votre mère :

Nom complet de votre père :

Lieu de naissance de votre mère (Etat ou Pays) : Lieu de naissance de votre père (Etat et Pays) :

Votre plus haut niveau d'éducation complété :

Langue(s) parlé(e)s :

Race (Blanc, Noir, Amérindien, Asiatique, (si oui, précisez votre nationalité, par exemple Philippins, Chinois) Hispanique ? (Oui / Non)

Ancêtres (Mexicain, Cubain, Arabes, Néerlandais, etc.)

Votre Travail : Nombre d'années travaillées :

Pays actuel de résidence : Nombre d'années depuis lequel vous vivez là :

Êtes-vous un Vétéran (OUI / NON) ? Si oui, indiquer le service et si vous êtes encore ou non en service :

Nom du Proche légal :

Adresse du Proche légal :

Numéros de téléphone du Proche légal :