

# DÉCLARATION INTERNATIONALE

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ SPÉCIAL POUR LES PERSONNES VIVANT OU VOYAGEANT EN DEHORS DES ÉTATS-UNIS

Je, \_\_\_\_\_, résidant au

(Donneur) par les présentes, fais cet addenda : Consentement éclairé spécial pour les personnes vivant ou voyageant en dehors des Etats-Unis d'Amérique (Addenda), en pièce jointe au CONSENT FOR CRYONIC SUSPENSION (Consentement).

1. Je comprends et j'accepte que la cryogénéisation n'est pas en accord avec les pratiques médicales et pratiques mortuaires courantes. Je comprends que plusieurs médecins, cryobiologistes et scientifiques provenant de d'autres disciplines écartent toute possibilité raisonnable que la cryogénéisation sera un succès.

2. Je comprends et accepte que les procédures utilisées pour placer mes restes en cryogénéisation sont techniquement avancés et requièrent un personnel spécialement formé, de l'équipement spécialisé et de l'équipement pharmaceutique et sont plus efficaces si utilisées le plus rapidement possible après que mon cœur ait cessé de battre (une condition appelé « mort clinique »). Je comprends que la difficulté de transporter une équipe formée, l'équipement pharmaceutique et/ou autres équipements en dehors des Etats-Unis d'Amérique compromettra les résultats des procédures.

3. Je comprends que les lois et coutumes varient dans chaque pays. Je suis d'accord et j'affirme qu'Alcor n'est pas responsable de connaître les lois et les coutumes des autres pays et n'est pas responsable pour les problèmes sociaux, légaux, économiques ou autres qui pourraient faire en sorte que le cryotransport, la cryogénéisation, la maintien ou la ressuscitation de mes restes soient illégaux ou impraticables. Ceci est particulièrement vrai si je voyage ou je réside en dehors des Etats-Unis lors de mon cryotransport. Les problèmes incluent, mais ne se limitent pas à :

3.1 Les formulaires que j'ai remplis avec Alcor qui sont en conformité avec les lois des Etats-Unis d'Amérique afin de rendre possible ma donation anatomique à Alcor et qui rendent possible ma cryogénéisation peuvent ne pas être acceptés ou reconnus par les autres pays.

3.2 Alcor peut ne pas pouvoir avoir accès à mes restes à temps ou jamais.

3.3 L'incapacité d'Alcor de pouvoir placer mes restes sous cryogénéisation dans un court délai peut causer de graves dommages biologiques.

3.4 L'incapacité d'Alcor de placer mes restes sous cryogénéisation. En raison de possibilités d'événements qui seraient hors du contrôle d'Alcor, il n'y a aucune garantie que mes restes pourront être placés sous cryogénéisation ou qu'ils seront entreposés indéfiniment s'ils sont cryogénisés.

4. Je comprends qu'il serait à mon avantage de me relocaliser près des installations d'Alcor dans l'éventualité de mon déclin physique, à mes frais et à ma responsabilité afin d'éviter les problèmes mentionnés plus haut.

SAMPLE

## SIGNATURE DU DONNEUR

VOTRE SIGNATURE CONFIRME QUE :

1. Vous avez lu, compris et vous consentez à toutes les dispositions du CONSENT FOR CRYONIC SUSPENSION auquel cet addenda est joint.
2. Vous êtes parfaitement au courant et vous acceptez les risques et limitations expliqués dans cet addenda : Special Informed consent for Individuals Residing or Traveling Outside of the United States of America (Consentement éclairé spécial pour les personnes vivant ou voyageant en dehors des Etats-Unis).
3. Ces limitations et risques vous ont été expliqués de façon satisfaisante par des responsables, des représentants et/ou autre personnel d'Alcor.
4. Vous déclarez que les arrangements décrits dans les présentes, relativement au **Cryonic Suspension Agreement** et l'**Authorization of Anatomical Donation**, constituent vos derniers souhaits relativement à la disposition de vos restes après votre mort légale.
5. Par les présentes, vous donnez votre autorisation et votre consentement.

---

Signature du donneur

---

Mois \ Jour \ Année

---

Heure

## TÉMOINS

Il est nécessaire de faire signer deux (2) témoins en présence l'un de l'autre ainsi qu'en présence du Membre. Lors de la signature, les témoins ne doivent pas être parent avec le Membre, un fournisseur de soins de santé d'aucune sorte, un dirigeant, un directeur ou un agent d'Alcor.

VOTRE SIGNATURE EN TANT QUE TÉMOIN PLUS BAS CONFIRME QUE :

1. Le Donneur vous a démontré qu'il comprenait et acceptait les sujets et termes contenus dans ce document : Special Informed consent for Individuals Residing or Traveling Outside of the United States of America (Consentement éclairé spécial pour les personnes vivant ou voyageant en dehors des Etats-Unis).

2. Le Donneur vous a déclaré que la cryogénéisation était sa volonté de fin de vie concernant la disposition de son corps et de sa personne après sa mort légale.

TÉMOINS LE (MM\JJVAA) \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ \ \_\_\_\_\_ HEURE \_\_\_\_\_

1. Signature \_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance social (option) \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville, province, code postal \_\_\_\_\_
2. Signature \_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance social (option) \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville, province, code postal \_\_\_\_\_