

# ALCOR LIFE EXTENSION FOUNDATION

« Célébrons la vie par la science »

## DEMANDE D'ADHÉSION

### À remettre avec ce formulaire :

- Frais d'adhésion de 150,00\$

Il y a 50,00\$ additionnel qui couvre tous les membres additionnels de la famille qui font une demande d'adhésion. Les frais additionnels s'appliquent après 3 mois.

- Une photo récente si disponible

### **I. INFORMATION PERSONNELLES** Les questions en bleues de la Section I. sont requises pour compléter le formulaire de Vital Statistics.

1. Nom légal au complet (pas d'initiales) :
2. Date de naissance :
3. Lieu de naissance (Ville, Comté, État/Province, Pays) :
4. Adresse postale :
5. Rue
6. Ville
7. État/Province/Pays :
8. Code postal :
9. Téléphone à la maison :
10. Téléphone au travail :
11. Téléphone cellulaire :
12. Courriel :
13. Nom à la naissance (si différent du numéro 1) :
14. Origine ethnique :
15. Espagnol ou hispanique :
16. Ville de (pays) :
17. Numéro d'assurance social :
18. Service militaire américain, branche ? De (année) \_\_\_\_\_ à (année) \_\_\_\_\_
19. État civil :
20. Occupation (mettre le nombre d'année) :
21. Si sans emploi, indiquez qu'elle était votre occupation :
22. Nom et adresse de votre employeur :
23. Années d'études formelles :
24. Êtes-vous étudiant à temps plein :
25. Le nom de jeune fille de votre épouse :
26. Comment avez-vous entendu parler d'Alcor :
27. Le nom de votre père :
28. Le lieu de naissance de votre père :
29. Le nom de jeune fille de votre mère :
29. Le lieu de naissance de votre mère :

Écrivez le nom de votre épouse, vos enfants, votre mère, votre père et de vos frères et sœurs. S'ils sont décédés, écrivez « décédé » à côté du nom ainsi que la date de leur décès. Veuillez aussi écrire la date de naissance des personnes qui sont décédés. Il est important pour Alcor d'avoir le nom de vos proches parents ainsi que leurs impressions face à la cryogénéisation. Ne retardez pas la soumission de votre demande dans le but de fournir toutes les informations requises. Les Relative's Affidavits (affidavits aux proches parents) (non applicable

si le proche parent est mineur) sont totalement optionnels et vous sont envoyés directement pour distribution à vos proches parents, à votre discrétion. Nous ne contacterons pas vos proches parents à moins de nécessité. Si la demande d'adhésion concerne une personne mineure, tous les responsables légaux doivent être dans la liste.

## II. PROCHES PARENTS

1. Nom :
2. Lien :
3. Date de naissance :
4. Numéros de téléphone (maison et travail)
5. Adresse :
6. Ville :
7. État/Province/Pays :
8. Code postal :
9. Est-ce qu'il/elle est prêt(e) à signer l'affidavit :
10. Des commentaires concernant ce qu'il/elle pense de la cryogénéisation et d'une possible coopération avec Alcor :

1. Nom :
2. Lien :
3. Date de naissance :
4. Numéros de téléphone (maison et travail)
5. Adresse :
6. Ville :
7. État/Province/Pays :
8. Code postal :
9. Est-ce qu'il/elle est prêt(e) à signer l'affidavit :
10. Des commentaires concernant ce qu'il/elle pense de la cryogénéisation et d'une possible coopération avec Alcor :

1. Nom :
2. Lien :
3. Date de naissance :
4. Numéros de téléphone (maison et travail)
5. Adresse :
6. Ville :
7. État/Province/Pays :
8. Code postal :
9. Est-ce qu'il/elle est prêt(e) à signer l'affidavit :
10. Des commentaires concernant ce qu'il/elle pense de la cryogénéisation et d'une possible coopération avec Alcor :

1. Nom :
2. Lien :
3. Date de naissance :
4. Numéros de téléphone (maison et travail)
5. Adresse :
6. Ville :
7. État/Province/Pays :
8. Code postal :
9. Est-ce qu'il/elle est prêt(e) à signer l'affidavit :

10. Des commentaires concernant ce qu'il/elle pense de la cryogénéisation et d'une possible coopération avec Alcor :

1. Nom :
2. Lien :
3. Date de naissance :
4. Numéros de téléphone (maison et travail)
5. Adresse :
6. Ville :
7. État/Province/Pays :
8. Code postal :
9. Est-ce qu'il/elle est prêt(e) à signer l'affidavit :
10. Des commentaires concernant ce qu'il/elle pense de la cryogénéisation et d'une possible coopération avec Alcor :

S'il y a des personnes additionnelles, veuillez ajouter une feuille ayant pour titre « Section II. Proches parents, Suite ». Si vous avez mis moins de trois noms, consultez votre avocat concernant vos proches parents restants pour savoir s'il n'y aurait pas quelqu'un d'autre qui pourrait réclamer votre succession. Si tel est le cas, veuillez les inscrire sur une feuille séparée dans le même format que plus haut. Assurez-vous d'indiquer si chacune de ces personnes est d'accord pour signer le Relative's Affidavit. (Un exemple de ce formulaire est disponible sur demande.)

### III. SANTÉ ET INFORMATIONS EN CAS D'URGENCE

**A.** Avez-vous un médecin personnel ou un organisme de soins de santé personnel ? (Si la réponse est « non », écrivez « aucun » et passez à la partie B.)

Nom :

Hôpital :

Téléphones (maison et travail)

Adresse :

Ville :

État/Province/Pays :

Code postal :

Jusqu'à quel niveau cette personne ou organisme coopérera avec Alcor :

**B.** Informations médicales : Nommez tous les problèmes médicaux, incluant les maladies et incapacités, les problèmes cardiaques et de circulation, de pression sanguine, arthrite et tous problèmes cliniques psychiatriques. Veuillez être honnêtes, précis et détaillés. Alcor ne disqualifie pas les gens à cause de problèmes de santé. Nous avons besoin de cette information afin d'être en mesure d'augmenter la qualité de votre cryogénéisation, non pour vous en écarter. Si nécessaire, joignez une feuille portant le titre de « Section III. Santé et informations en cas d'urgence, Suite ».

**Sexe (encerclez) : M F Grandeur : Poids : Groupe sanguin :**

Problèmes de santé :

Histoire des maladies infectieuses (tuberculose, hépatites, Sida, etc.) :

Allergies (incluant aux médicaments) :

Médication prise présentement ou récemment :

Des cicatrices ou caractéristiques importantes :

Avez-vous des appareils, prothèses ou implants artificiels (comme des verres de contacts, des lunettes, un dentier, une prothèse auditive, un stimulateur cardiaque, une valvule cardiaque, un joint ou un membre artificiel, des implants de silicone, une plaque crânienne, etc. Un oubli dans la déclaration pourrait entraîner des délais ou des dommages pendant le transport ou la perfusion) :

Histoire médicale (incluant les maladies importantes, les maladies infantiles, les blessures, les opérations, les hospitalisations, etc. Utilisez des feuilles supplémentaires si nécessaire) :

Est-ce qu'il y a des maladies héréditaires ou des tendances à certaines maladies dans votre famille (comme le diabète, les maladies cardiaques, l'arthrite ou autre conditions auto-immune, une forme spécifique de cancer, la maladie d'Alzheimer, la maladie d'Huntington, etc.) :

### IV. CONTACTS

C. Est-ce qu'il y a des personnes ou organismes que nous devrions contacter lors de votre décès ou de toute autre urgence ? Inscrivez les coordonnées d'une personne significative pour vous si vous avez une relation avec quelqu'un qui n'est pas votre époux/épouse légal(e) ou qui n'est pas déjà mentionné plus haut. Vous pouvez mettre des amis de coopération et des gens qui croient en la cryogénéisation qui pourraient être d'une bonne aide en cas d'urgence. Vous pourrez aussi trouver intéressant de fournir à Alcor le nom de votre avocat, de votre représentant de soins de santé (substitut médical), votre exécuteur testamentaire, ou autres représentants personnels. Si nécessaire, vous pouvez joindre une autre feuille portant le titre de « Section IV. Contacts, Suite ».

Nom :  
Téléphones (maison et travail) :  
Contacter en cas de :  
Adresse :  
Ville :  
État/Province/Pays :  
Code postal :

Nom :  
Téléphones (maison et travail) :  
Contacter en cas de :  
Adresse :  
Ville :  
État/Province/Pays :  
Code postal :

## V. MÉTHODE DE FINANCEMENT

Méthode de financement (en cocher une) :

Assurance vie      Fiducie privée      Paiement d'avance      Autre

**ASSURANCE VIE.** La plupart des membres d'Alcor utilisent une assurance vie parce que cette méthode ne requiert aucun actif important immédiat. ***Si vous utilisez une assurance vie, vous devez mettre Alcor Life Extension Foundation comme propriétaire de la police ainsi que comme bénéficiaire.*** Le but de cela est de s'assurer qu'Alcor soit avertie s'il y a un quelconque problème avec votre police. Aussi, le fait de mettre Alcor comme propriétaire peut empêcher que la police soit dépensée dans des factures d'hôpital lors d'une maladie en phase terminale (selon les lois gouvernementales). ***Si vous avez choisi cette option, vous devez aussi envoyer à Alcor une copie complète de la police et tout document relatif à cette police (calendrier du bénéficiaire, le formulaire d'adhésion, etc.).***

Nom de la compagnie :  
Numéro de la police :  
Type de police :  
Date d'émission :  
Valeur nominale :  
Adresse :  
Ville :  
État/Province/Pays :  
Code postal :  
Le nom de votre agent :  
Téléphone(s) :  
Autres détails :

**FONDS EN FIDUCIE.** Si vous voulez utiliser un fond en fiducie privé (révocable, entre vifs) pour financer votre cryogénéisation, veuillez demander à ce qu'Alcor vous fournisse une copie de ses politiques concernant les fiducies (et sur l'utilisation des biens immobiliers comme actifs dans les fiducies si cela est applicable). Les fiducies utilisées pour le financement de la cryogénéisation d'Alcor doivent être faites de telle sorte qu'Alcor doit être nommé comme premier fiduciaire ou comme co-fiduciaire autorisé avec des limitations importantes concernant les responsabilités. Tout changement des actifs dans la fiducie doit d'abord être accepté par Alcor par écrit. Les fiducies pour la cryogénéisation doivent fournir une sécurité et des liquidités comparables à celles d'une assurance vie. Elles doivent être vues et approuvées par les avocats d'Alcor aux frais du membre qui les propose. Ceci est pour la sécurité du membre, afin de l'assurer contre l'arrêt de sa cryogénéisation pour manque de fonds.

**PAIEMENT D'AVANCE.** Si vous planifiez de payer à l'avance votre Suspension Fund, veuillez d'abord discuter des arrangements que vous désirez prendre, avec Alcor. Plusieurs membres utilisent cette méthode. Il s'agit d'une des méthodes la plus sécuritaire disponible. Alcor garantie, par écrit, que ces fonds seront gardés dans des comptes séparés et qu'ils seront retournés rapidement, suivant une demande écrite.

## **VI. TESTAMENTS**

Alcor n'exige pas que vous ayez un testament pour devenir membre. Cependant si vous en avez déjà un qui contient des clauses qui sont contraires aux buts de la cryogénéisation (par exemple, si votre testament précise que vous ne voulez pas la cryogénéisation ou s'il précise que vous voulez l'incinération, l'enterrement ou tout autre disposition de vos restes après votre mort légale), *ceux-ci rendront invalide votre Cryonic Suspension Agreement*. Si vous avez déjà un testament, il est de votre responsabilité de faire les changements avec un nouveau codicille

ou un nouveau testament sinon, vos arrangements concernant votre cryogénéisation ne seront pas valides.

Avez-vous un testament ?	oui	non
Si oui, est-ce qu'il contient des closes qui vont à l'encontre de la cryogénéisation ?	oui	non

## VII. FRAIS D'ADHÉSION

Les membres peuvent payer les frais d'adhésion pendant le temps qu'ils sont membres ou devenir membre à vie sur un plan de paiements sur 20 ans. Un rabais de 50% s'applique pour les membres additionnels de la famille et les étudiants à temps plein, et un rabais de 75% s'applique pour les membres qui ont moins de 18 ans. Tous les membres aux Etats-Unis et au Canada doivent aussi payer pour les mesures intermédiaires. Ces frais sont de 10\$ par mois (ne s'appliquent pas aux membres de moins de 18 ans ni aux étudiants à temps plein de moins de 25 ans). Les mesures intermédiaires seront facturées à la même fréquence que les frais d'adhésion.

Frais d'adhésion (cochez un choix) :  
398\$ par année (199\$ étudiants à temps plein)  
100\$ quatre fois par année (50\$ étudiants à temps plein)

Adhésion à vie (cochez un choix) :  
1100 par année  
285\$ quatre fois par année  
100\$ par mois  
20 000\$ en un seul versement

Avez-vous un membre de votre famille vivant sous le même toit qui est déjà membre d'Alcor ?

## VIII. SYSTÈME D'AVERTISSEMENT EN CAS D'URGENCE

Un des aspects essentiels d'Alcor concernant une réponse rapide est le bracelet ou la médaille d'alerte en cas d'urgence, qui avertit le personnel médical et Alcor lors d'une urgence médicale dans le cas où vous ne seriez pas capable de le faire vous-même. Les membres reçoivent un bracelet, une médaille et deux cartes format portefeuille. Pour recevoir un bracelet et une médaille supplémentaire, veuillez envoyer 15,00\$ additionnel avec votre demande d'adhésion.

## IX. DECISIONS CONCERNING YOUR CRYONIC SUSPENSION

Ici sont les décisions légales spécifiques que vous devez prendre concernant votre **Cryonic Suspension Agreement** (Accord de cryogénéisation). Pour chaque décision, la décision d'Alcor par défaut est expliquée. Il n'y a qu'à la Section I (MÉTHODE DE CRYOGÉNISATION) que vous *devez* prendre une décision. Pour chacune des autres sections, si vous choisissez de prendre la décision par défaut d'Alcor, **laissez la section sans réponse**. Vous n'avez besoin que de cocher là où vous choisissez une autre option que celle choisie par défaut par Alcor.

**MÉTHODE DE CRYOGÉNISATION.** Alcor offre deux options de cryogénéisation : 1) la cryogénéisation de la tête seulement, où le cerveau seulement ou la tête complète sont cryogénisés en utilisant les protocoles courants de vitrification. 2) La cryogénéisation du corps complet où le cerveau du membre est complètement vitrifié et le corps est partiellement vitrifié.

Cryogénéisation de tout le corps :

Cryogénéisation de la tête seulement :

### **INCINÉRATION ET DISPOSITION DES RESTES NON**

**CRYOGÉNISÉS.** Les membres qui ont choisi la cryogénéisation de la tête seulement n'auront que le cerveau ou la tête de cryogénisé. Le reste du corps du membre sera incinéré. Alcor disposera des restes incinérés comme elle le choisira selon les lois en vigueur à moins que le membre ait laissé d'autres directives. Si vous voulez choisir une autre façon de disposer de vos restes incinérés, veuillez cocher l'un des choix suivants :

- Je veux qu'Alcor disperse mes restes incinérés dans la mer.
- Je veux que mes restes incinérés soient envoyés à la personne mentionnée plus bas.

Nom :

Adresse :

Ville :

État/Province/Pays :

Code postal :

(Si Alcor ne peut pas joindre cette personne et que vos proches ne veulent pas de vos restes, elle les dispersera dans la mer ou les gardera comme elle veut.)

- Je veux faire d'autres arrangements pour la disposition de mes restes incinérés. (Joindre vos explications.)



**CRITÈRES POUR LA CRYOGÉNISATION.** Vous pourriez décéder en de telles circonstances que des dommages considérables seraient causés à vos restes. Dans un tel cas, Alcor cryogénisera tout restes qu'elle serait capable de récupérer, indépendamment de la sévérité des dommages pouvant être causés par le feu, la décomposition, une autopsie, un embaumement, etc. La même chose se produira avec les membres qui ont choisi la cryogénisation de la tête seulement. Ils auront les restes de leur cerveau cryogénisés sans égard aux dommages subis. *Si cela est inacceptable pour vous, cochez une des options plus bas. (S'il y a des conditions selon lesquelles vous ne voulez pas que vos restes soient cryogénisés, contactez l'administrateur des adhésions chez Alcor.)*

- Je veux qu'Alcor cryogénise les restes de mon cerveau qu'elle pourrait récupérer, sans égard à la sévérité des dommages subis. Si aucun des tissus de mon cerveau n'est récupérable, ne pas me cryogéniser.

- Si aucun des tissus de mon cerveau n'est récupérable, je veux qu'Alcor cryogénise autant d'échantillons d'organes possible.

**CRYOGÉNISATION IMPOSSIBLE.** Vous pourriez décéder en de telles circonstances qu'il serait impossible de vous cryogéniser. Ces circonstances pourraient inclure des obstacles légaux ou médicaux ou l'incapacité d'Alcor de localiser ou de récupérer vos restes. Dans ce cas, Alcor prendra les sommes nécessaires à la tentative faite pour récupérer vos restes, de votre Suspension Fund. Sous de telles conditions ou pour toute autre raison qui ferait que vos restes ne pourraient être cryogénisés, Alcor remettra le reste de votre Suspension Fund à votre **succession**. Si vous désirez qu'Alcor dispose du reste de votre Suspension Fund autrement, veuillez initialer et remplir ce qui suit. (Le % veut dire le pourcentage de ce qui reste du Suspension Fund.)

Au

Patient Care Trust \_\_\_\_\_%

Alcor Research Fund \_\_\_\_\_%

Genral Operating Fund \_\_\_\_\_%

Endowment Fund \_\_\_\_\_%

Aux personnes suivantes : \_\_\_\_\_%

Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_%

LE TOTAL DOIT DONNER 100%

**CONTACTS EN CAS DE CRYOGÉNISATION EN DANGER.** Dans le cas de grandes dépenses financières dues à des batailles juridiques concernant votre cryogénéisation, des impondérables généraux ou légaux qui pourraient menacer la cryogénéisation de tous les membres ou menaceraient Alcor de dissolution (voir l'**Accord de Cryogénéisation, Section IV, CONTINGENCES, Article 3**), il pourrait être nécessaire pour Alcor de transformer la cryogénéisation de tout le corps en cryogénéisation de la tête seulement ou de mettre fin à la cryogénéisation. Comme mesure de sécurité, vous pouvez désigner certaines personnes, organismes et/ou institutions comme **Contacts en cas de cryogénéisation en danger** de la part du membre ou d'Alcor. Ces contacts peuvent inclure des gens ou des organismes auxquels vous auriez laissé des fonds ayants pour but spécifique de fournir un fond de secours pour votre cryogénéisation.

Nom :  
Téléphones (maison et travail) :  
Adresse :  
Ville :  
État/Province/Pays :  
Code postal :

Nom :  
Téléphones (maison et travail) :  
Adresse :  
Ville :  
État/Province/Pays :  
Code postal :

**INFORMATION PUBLIQUE.** Afin que le public ait une meilleure compréhension et acceptation de la cryogénéisation, il est utile à Alcor de donner les noms des personnes qui sont membres ou qui ont été cryogénisés. Cependant, nous comprenons que plusieurs personnes veulent garder leur vie privée et ne pas laisser savoir qu'elles ont choisi la cryogénéisation. Veuillez choisir un ou plusieurs des choix suivants :

- Je donne à Alcor la permission de divulguer mes informations comme bon lui semble.
- Je donne la permission à Alcor de donner mon nom et numéro seulement aux autres membres d'Alcor.
- Je donne la permission à Alcor de donner mon nom et numéro seulement aux autres membres d'Alcor avant ma cryogénéisation. Par la suite, Alcor pourra divulguer mes informations comme bon lui semble, incluant les informations concernant ma cryogénéisation.
- Je demande à Alcor de garder une confidentialité raisonnable suivant les termes de l'Attachment I.

**FINANCEMENT DU SUSPENSION FUNDING AU-DESSUS DU MONTANT MINIMUM REQUIS.** Si vous avez fourni un Suspension Fund au-dessus du montant minimum requis et si les dépenses de votre cryogénéisation n'ont pas toutes été payées et que le minimum est épuisé, Alcor se servira du montant excédant. S'il reste des sommes après que les frais de votre cryogénéisation aient été entièrement payés, Alcor placera 50% de ces sommes dans le Patient Care Fund et 50% dans le General Operating Fund à moins que vous en décidiez autrement. Si vous voulez qu'Alcor fasse quelque chose d'autre avec ces sommes, veuillez initialer et remplir la section suivante. (Le % veut dire le pourcentage des sommes restantes qui sont au-dessus du minimum requis.) **Le total doit donner 100%.**

Au

Patient Care Trust \_\_\_\_\_%

Alcor Research Fund \_\_\_\_\_%

General Operating Fund \_\_\_\_\_%

Endowment Fund \_\_\_\_\_%

Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_%

**X. SIGNATURE DU MEMBRE**  
**Joindre une photo récente**

**Si le Membre est incapable de signer ou est un mineur non émancipé ou incompetent, le plus proche parent approprié et/ou un avocat détenant le pouvoir légal doit signer.**

Je/Nous comprenons et acceptons que toute controverse ou toute réclamation provenant de, ou relative à ce formulaire d'adhésion doit être réglée à Phoenix, Arizona par arbitrage exécutoire conformément au Commercial Arbitration Rules of the American Arbitration Association et un jugement rendu par l'arbitre peut entrer en vigueur et être reconnu par toute cour ayant juridiction de cela. De plus, je/nous sommes d'accord du fait que l'arbitre a le pouvoir d'émettre tout redressement provisionnel approprié aux circonstances, incluant mais ne se limitant pas à une ordonnance de non communication une injonction ou une contrainte temporaire. Je/nous sommes d'accord pour que cet accord à l'arbitrage soit irrévocable et acceptons qu'Alcor Life Extension Foundation ait droit aux mesures injonctives afin de briser le litige advenant le cas ou je/nous ne respectons pas cet accord.

---

Signature

---

Date

## ALCOR LIFE EXTENSION FOUNDATION

### CE DOCUMENT EST REQUIS AVEC CHAQUE DEMANDE D'ADHÉSION

Étant donné les frais d'administration élevés pour gérer les demandes d'adhésion, Alcor demande des sommes supplémentaires lorsque vous êtes dans le processus d'adhésion depuis plus de trois mois. Ces sommes sont nécessaires afin d'assurer qu'Alcor puisse continuer de fournir un haut niveau de support administratif aux gens qui sont dans ce processus.

Dans l'éventualité où vous n'aurez pas rempli toutes les conditions d'adhésion et n'êtes toujours pas devenu membre d'Alcor dans les trois mois suivant votre date de demande d'adhésion, votre carte de crédit plus bas, sera chargée du montant de 75,00\$. De plus, cette somme sera chargée à chaque trois mois supplémentaires où vous serez toujours en demande d'adhésion.

Nous avons besoin de votre signature plus bas, qui autorisera Alcor à charger votre carte de crédit. Veuillez remplir la partie du bas de ce formulaire et l'envoyer à Alcor avec votre demande d'adhésion. Votre demande d'adhésion ne peut pas être traitée avant que nous ayons reçu ce formulaire. Merci pour votre coopération.

Sincèrement,

Diane M. Cremeens  
Membership Services Coordinator  
(877) 462-5267 poste 132

Je, \_\_\_\_\_, autorise Alcor Life Extension Foundation à charger sur cette carte de crédit 75,00\$ si je n'ai pas terminé mon adhésion comme membre d'Alcor dans les trois mois suivant la date de ma demande et à chaque période de trois mois suivantes si je ne suis toujours pas membre d'Alcor.

Type de carte : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Nom exact paraissant sur la carte : \_\_\_\_\_

---

Signature

---

Date