

DERNIÈRES VOLONTÉS ET TESTAMENT POUR LES RESTES HUMAINS ET AUTORISATION DE DONATION ANATOMIQUE

1) Je, _____, résidant présentement au

_____ suis saine d'esprit et de mémoire et au-dessus de l'âge de la majorité. Je déclare que dans ce document sont mes dernières volontés et mon testament en ce qui concerne mes restes. Ce document ne peut être révoqué que par un testament ultérieur faisant spécifiquement référence en documentation et en date, à la révocation de cette déclaration. Je souhaite que suivant ma mort légale, mes restes soient conservés par les traitements cryogéniques appelés cryogénisation.

2) Pour cela et selon les lois régissant la donation anatomique, je, par la présente :

a) donne mes restes à Alcor Life Extension Foundation, Inc. (« Alcor »), un organisme à but non lucratif de Californie, enregistré auprès de l'Internal Revenue Service comme un organisme scientifique et éducationnel exempt de taxes et ayant ses bureaux principaux et sa place d'affaire au 7895 E. Acoma Dr., #110, Scottsdale, AZ 85260-6916, cette donation aura lieu immédiatement après ma mort légale.

b) exige que suivant ma mort légale, mes restes soient rendus à Alcor, ses agents ou ses représentants à l'endroit où ils le demanderont.

3) De plus, j'exige que lorsque cela sera possible, que ceci soit fait immédiatement après ma mort légale sans embaumement ni autopsie.

4) De plus, je déclare que je n'ai reçu aucune rémunération d'aucune sorte en relation avec la donation de mes restes et que j'ai fait cette donation pour des recherches cryobiologiques et cryogéniques.

5) Je comprends et veux que cette donation anatomique donne à Alcor la garde complète et le contrôle complet de mes restes.

6) Je veux aussi et j'exige que cette garde et ce contrôle donne à Alcor le statut de « plus proche parent » en ce qui concerne mes restes afin qu'Alcor ait l'autorité d'accomplir toute action nécessaire en regard de cette donation anatomique. Avec l'octroi de ce statut, j'autorise spécifiquement Alcor à :

a) procéder à la crémation ou à d'autres dispositions de toute les parties non cryogénisées de mes restes.

b) demander et recevoir les copies de tous les dossiers médicaux ou psychiatriques concernant des traitements que j'aurais reçus dans ma vie.

7) Je comprends que la cryogénéisation de mes restes est un projet de recherche et que la cryogénéisation n'est pas compatible avec la médecine contemporaine ou les pratiques mortuaires courantes. Comme mentionné dans les autres formulaires d'Alcor signés, je comprends qu'il n'y a aucune garantie ou aucune probabilité connue que la procédure de cryogénéisation sera un succès.

8) Si une contestation judiciaire est intentée contre cette autorisation de donation anatomique, j'autorise Alcor à prendre en charge et à avoir le plein contrôle de mes restes par n'importe quel moyen légal qui serait disponible afin de les cryogéniser. Si une contestation judiciaire est intentée par une institution, un individu ou une agence gouvernementale, j'autorise Alcor à utiliser les sommes de mon Suspension Fund pour payer les frais légaux nécessaires à la défense de son autorité et de son habileté à cryogéniser mes restes.

9) En témoignage de cela, je, par la présente, signe, publie et déclare que dans ce document se trouvent mes dernières volontés et mon testament en ce qui a trait à mes restes à moins que ce document ne soit révoqué de la façon spécifiée dans cet accord. Ce document est signé en concurrence avec l'Accord de cryogénéisation (Cryonic Suspension Agreement) et le Consentement à la cryogénéisation (Consent for Cryonic Suspension) les trois ensembles constituent mes dernières volontés et les instructions concernant la disposition de mes restes après ma mort légale.

Signature du Donneur

_____/_____/_____
Mois Jour Année

Heure

SIGNATURE DES TÉMOINS

La signature de deux témoins en présence l'un de l'autre est nécessaire, le Donneur et un notaire public. Au moment de la signature, les témoins ne doivent pas être parents avec le Donneur, ne doivent pas être un fournisseur de soins de santé d'aucune sorte, un directeur ou un agent d'Alcor. Le notaire public témoin doit ensuite officialiser ce document à la dernière page. L'EXÉCUTION DU FORMULAIRE NOTARIÉ EST OPTIONEL DANS L'ÉTAT DE CALIFORNIE.

Nous, les témoins, signons notre nom dans ce document, sous serment et nous déclarons à l'autorité soussignée que le Donneur signe et exécute ce document comme étant ses dernières volontés et son testament en ce qui a trait à ses restes et que le Donneur, signe ce document selon sa volonté et que chacun de nous, en présence du Donneur, par les présentes, signons ce testament en tant que témoins de la signature du Donneur et qu'au meilleur de notre connaissance, le Donneur est au-dessus de l'âge de la majorité, sain d'esprit et de mémoire et n'est sous aucune contrainte ni influence indue. De plus, nous affirmons que nous ne sommes pas parents avec le Donneur, un fournisseur de soins de santé d'aucune sorte, un directeur ou un agent d'Alcor.

TÉMOINS LE (MM\JJ\AA) _____ \ _____ \ _____ 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 _____

SVP, LIRE TOUTES LES INSTRUCTIONS AVANT DE REMPLIR

1. Tous les espaces doivent être remplis correctement par un notaire public et un sceau notarial doit être apposé avant que ce document puisse être approuvé.

2. Le notaire ne peut être témoin.

3. La notorisation est optionnelle dans l'état de Californie.

ÉTAT DE :

Comté de :

Ma commission expire le :

ENREGISTRÉ, ASSERMÉNTÉ ET VU devant moi _____
NOM DU MEMBRE

Le Donneur/Testateur et enregistré et assermenté devant moi

NOM DU TÉMOIN

ET

NOM DU TÉMOIN

NOM EN LETTRE MOULÉES DU NOTAIRE PUBLIC

SIGNATURE DU NOTAIRE PUBLIC

SCEAU