

# ALCOR LIFE EXTENSION FOUNDATION

7895 E. Acoma Dr. Nr. 110 • Scottsdale, AZ 85260-6916 • Tel. (480) 905-1906 • Fax (480) 922-902  
Informationen zur Mitgliedschaft (877) GO-ALCOR • info@alcor.org • http:www.alcor.org



LIFE EXTENSION FOUNDATION  
The World's Leader in Cryonics

[www.alcor.org](http://www.alcor.org)

## MITGLIEDSANTRAG

Mit diesem Antrag zu übersenden: Aktuelles Lichtbild, falls verfügbar.

Antragsgebühr: 90 USD. Es fällt eine zusätzliche einmalige Gebühr von 45 USD für alle weiteren Familienmitglieder an, die einen Antrag stellen. Für Kinder unter 18 Jahren fallen keine Anmeldegebühren an. Nach vier Monaten gelten erweiterte Anmeldegebühren von 90 USD.

Bei Fragen zum Ausfüllen des Antrags wenden Sie sich bitte an die Mitgliederabteilung, Durchwahl 132.

### I. PERSÖNLICHE ANGABEN

Dieser Abschnitt des Formulars ist für das Ausfüllen des Formulars mit den Vitaldaten erforderlich

Vollständiger gesetzlicher Name		Geburtsdatum	Geburtsort (Stadt, Bundesland/Provinz, Land)	
Postanschrift		Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ
Adresse des Wohnorts (falls abweichend)		Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ
<input type="checkbox"/> Telefon, privat	<input type="checkbox"/> Telefon, geschäftlich	<input type="checkbox"/> Telefon, mobil	<input type="checkbox"/> E-Mail	
* Bitte markieren Sie das Kästchen mit der bevorzugten Kontaktmethode			Geburtsname (falls abweichend)	
Sozialversicherungsnummer	Rasse oder ethnische Herkunft	Staatsbürgerschaft	US-amerikanischer Militärdienst, Zweig? von (Jahr) bis (Jahr)	
Familienstand	Beruf	Falls arbeitslos, was war Ihr Beruf?		
Name des Vaters	Geburtsort des Vaters	Vollständiger Mädchenname der Mutter	Geburtsort der Mutter	
Mädchenname der Ehefrau		Sind Sie Vollzeit-Student/in?	Gesamtzahl der Jahre formeller Ausbildung	
Was hat Sie zu diesem Mitgliedsantrag veranlasst?				

### II. KONTAKTE

Gibt es Personen oder Organisationen, die wir im Falle Ihres Todes oder in anderen Notfällen kontaktieren sollten? Geben Sie hier Ihre/n Lebensgefährten/in an, wenn Sie eine Beziehung zu jemandem haben, der nicht Ihr gesetzlicher Ehegatte ist, oder führen Sie enge Freunde auf, die Sie unterstützen, und andere Kryoniker, die in einem Notfall hilfreich sein könnten. Es kann auch nützlich sein, Alcor den Namen Ihres Anwalts, medizinischen Vertreters, Testamentsvollstreckers oder anderer persönlicher Vertreter zu nennen. Fügen Sie ggf. ein gesondertes Blatt bei mit dem Titel „Abschnitt II Kontakte - Forts.“

Name	Telefon (privat und geschäftlich)	Soll kontaktiert werden für:		
Anschrift – Straße	Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ	

# III. METHODE DER BEREITSTELLUNG DER MITTEL FÜR DIE KRYOKONSERVIERUNG

Art der Finanzierung der Kryokonservierung (zutreffende markieren):  Lebensversicherung  Treuhandfonds  Vorauszahlung  Annuität  Sonstiges

**LEBENSVERSICHERUNG** Die meisten Alcor-Mitglieder nutzen eine Lebensversicherung, da dann keine hohen Beträge vorab zu zahlen sind. *Wenn Sie eine Lebensversicherung nutzen, muss Alcor Life Extension sowohl Eigentümer als auch Begünstigter der Police sein.* Dies dient dazu um sicherzustellen, dass Alcor eine Mitteilung erhält, wenn es Probleme mit Ihrer Police geben sollte. Darüber hinaus verhindert die Einsetzung von Alcor als Eigentümer auch, dass bei unheilbaren Krankheiten die Lebensversicherung (nach Regierungsverordnungen) für Krankenhauskosten verbraucht wird. *Wenn Sie sich für die Lebensversicherung entscheiden, müssen Sie Alcor auch eine vollständige Kopie der Police und aller damit zusammenhängenden Dokumente (wie etwa Aufstellung der Begünstigten, Antrag usw.) übersenden.* Alcor wird das Eigentum auf schriftliches Verlangen des Mitglieds jederzeit zurückgeben. (Rückkaufsvereinbarung)

Name des Unternehmens	Versicherungsnummer	Versicherungsart	Ausstellungsdatum	Nennwert
Anschrift des Unternehmens - Straße		Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ
Name Ihres Versicherungsvertreters		Telefon	E-Mail	

# IV. DIE KRYOKONSERVIERUNG BETREFFENDE ENTSCHEIDUNGEN

Dies sind die speziellen rechtlichen Entscheidungen, die Sie als Teil der **Vereinbarung zur Kryokonservierung** treffen müssen.

**METHODE DER KRYOKONSERVIERUNG.** Alcor bietet zwei Optionen für die Kryokonservierung an: 1) Neuro-Kryokonservierung – dabei wird das Gehirn oder der gesamte Kopf des Mitglieds mit aktuellen Vitrifikationsverfahren kryokonserviert, 2) Ganzkörper-Kryokonservierung - dabei wird das Gehirn des Mitglieds vitrifiziert und der Körper wird teilweise vitrifiziert.

<input type="checkbox"/> Ganzkörper-Kryokonservierung	<input type="checkbox"/> Neuro-Kryokonservierung
---	--

**CMS-VERZICHT** (Empfohlen). Alcor verzichtet auf die CMS-Gebühr (derzeit 180 USD pro Jahr), wenn sich das Mitglied vertraglich verpflichtet, durchgehend Mittel von 20.000 USD oberhalb des Mindestbetrags für die Kryokonservierung bereitzustellen. Entscheiden Sie sich für diese Option? Ja  Nein

**EINÄSCHERUNG UND VERFÜGUNG ÜBER DEN NICHT KRYOKONSERVIERTEN TEIL DER STERBLICHEN ÜBERRESTE** Der nicht-kryokonservierte Teil der Überreste des Mitglieds wird eingäschert. Alle Mitglieder müssen nachfolgend eine Auswahl treffen, unabhängig davon, für welche Art der Kryokonservierung sie sich entscheiden:

- Ich möchte, dass Alcor nach seinem Ermessen im Einklang mit den gesetzlichen Anforderungen über die eingäscherten Teile meiner Überreste verfügt. **(Standard-Option)**
- Ich möchte, dass die unten genannte Person die eingäscherten, nicht kryokonservierten Teile meiner sterblichen Überreste erhält.

Name	Straße	Stadt	Bundesstaat/Provinz/Land	Postleitzahl
------	--------	-------	--------------------------	--------------

(Wenn diese Person nicht aufgefunden werden kann und Ihr nächster Angehöriger die Annahme Ihrer Überreste verweigert, wird Alcor diese nach seinem Ermessen aufbewahren oder entsorgen.)

- Ich möchte in Bezug auf die eingäscherten, nicht kryokonservierten Teile meiner menschlichen Überreste eine andere Verfügung treffen. (Bitte eine entsprechende Erklärung beifügen.)

**KRITERIEN FÜR DIE KRYOKONSERVIERUNG** Sie könnten unter Umständen sterben, die erhebliche Schäden für Ihre Überreste mit

sich bringen. Wenn Sie bestimmte Bedingungen festlegen möchten, unter denen Ihre Überreste *nicht* der Kryokonservierung zugeführt werden sollen, wenden Sie sich bitte an den Mitgliederkoordinator von Alcor.

- (Standard-Option)** Ich möchte, dass Alcor alle biologischen Überreste der Kryokonservierung zuführt, die Alcor in der Lage ist zu retten, unabhängig von der Schwere der Schäden durch Feuer, Verwesung, Autopsie, Einbalsamierung usw. Ebenso werden bei Mitgliedern, die sich für die Neuro-Kryokonservierung entschlossen haben, alle Überreste ihres Gehirns unabhängig von etwa vorhandenen Schäden einer Kryokonservierung zugeführt.
- Ich möchte, dass Alcor alle Überreste meines Gehirns der Kryokonservierung zuführt, die Alcor in der Lage ist zu retten, unabhängig von der Schwere des Schadens. Wenn kein Gehirngewebe gerettet werden kann, ist die Kryokonservierung zu unterlassen/abzubrechen.

-2-

**KRYOKONSERVIERUNG NICHT MÖGLICH** Sie könnten unter Umständen sterben, die eine Kryokonservierung unmöglich machen. Die Gründe dafür können rechtliche oder medizinische Schwierigkeiten bei der Ortung oder Rettung Ihrer Überreste durch Alcor sein. In diesem Fall beansprucht Alcor aus den von Ihnen bereitgestellten Mitteln den Betrag, der den Ausgaben einer versuchten Ortung oder Rettung entspricht. Unter diesen Umständen oder wenn aus anderen Gründen eine Kryokonservierung Ihrer sterblichen Überreste nicht möglich ist, zahlt Alcor die verbleibenden für die Kryokonservierung bereitgestellten Mittel an den Patientenbetreuungsfonds (50 %) und den allgemeinen Betriebsfonds (50 %) **(Standard-Option)** Wenn Sie eine abweichende Aufteilung der verbleibenden Mittel wünschen, machen Sie bitte die nachfolgenden Angaben: („%“ bedeutet dabei den Anteil der verbleibenden Mittel für die Kryokonservierung.)

An  Allgemeinen Betriebsfonds \_\_\_\_\_ %  Patientenbetreuungsfonds \_\_\_\_\_ %  
 Alcor Forschungsfonds \_\_\_\_\_ %  Stiftungsfonds \_\_\_\_\_ %

An die folgende(n) Person(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges (bitte erläutern) \_\_\_\_\_

**DER GESAMTANTEIL MUSS SICH AUF 100 % BELAUFEN**

**ANWEISUNGEN FÜR DEN FALL DER VERHINDERUNG** In dem Fall, dass eine oder mehrere der Personen oder Organisationen, Stiftungen usw., die im vorangehenden Abschnitt ausdrücklich als Empfänger von Mitteln vorgesehen sind, einer vernünftigen Untersuchung durch Alcor zufolge die umgehende Kryokonservierung in irgendeiner Weise be-/verhindert haben, wird Alcor die verbleibenden Mittel im Einklang mit den nachfolgenden Bestimmungen des Mitglieds vornehmen:

- (Standard-Option)** Keine der Personen, Organisationen, Stiftungen usw., die oben namentlich genannt wurden, soll etwas von den verbleibenden Mitteln erhalten, sondern diese sind vielmehr zwischen dem Patientenbetreuungsfonds (50 %) und dem allgemeinen Betriebsfonds (50 %) aufzuteilen.
- Die Zuteilung erfolgt dennoch an die Personen, Organisationen, Stiftungen usw., die speziell benannt worden sind und die Kryokonservierung nicht be-/verhindert haben.
- Sonstiges (bitte beschreiben): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zahlungen an Nachlässe oder andere juristische Personen erfolgen nach dem Ermessen von Alcor basierend auf der Feststellung nach angemessener Untersuchung, ob die umgehende Kryokonservierung des Mitglieds von der dritten Partei in irgendeiner Weise be-/verhindert wurde. Eine solche Be-/Verhinderung umfasst, ohne darauf beschränkt zu sein, das Versäumnis, Alcor über eine schwere Krankheit oder den Tod des Mitglieds zu informieren, die verzögerte Information über schwere Krankheit oder Tod des Mitglieds oder das Versäumnis, bei der Ermöglichung der Kryokonservierung des Mitglieds mit Alcor zusammenzuarbeiten. Wenn Alcor nach angemessener Untersuchung zu dem Schluss kommt, dass die dritte Partei die Kryokonservierung des Mitglieds be-/verhindert hat, erfolgt die Auszahlung lediglich im Einklang mit den Anweisungen des Mitglieds für den Fall der Be-/Verhinderung. Wenn Alcor sich zu einer Verteilung von Mitteln entschließt und keiner der Empfänger lebt, lokalisiert werden kann oder besteht, verpflichtet sich Alcor, zumutbare Anstrengungen zu unternehmen, um weitere natürliche Erben zu finden. Die Kosten dieser Suche werden aus den zu verteilenden Mitteln bestritten. Wenn keine Erben gefunden werden können, wird Alcor über das Geld wie gesetzlich vorgeschrieben verfügen.

**KONTAKTPERSONEN BEI GEFÄHRDUNG DER KRYOKONSERVIERUNG** (Optional) Im Falle eines großen

-3-

finanziellen Aufwands zur Abwehr rechtlicher Angriffe gegen die Kryokonservierung des Mitglieds oder allgemeiner finanzieller oder rechtlicher Rückschritte, die eine (Fortsetzung der) Kryokonservierung der Mitglieder gefährden, die sich in Kryokonservierung befinden, oder im Fall einer Auflösung von Alcor (siehe **Vereinbarung zur Kryokonservierung, Abschnitt IV, UNGEWISSHEITEN**), kann es erforderlich werden, dass Alcor die Kryokonservierung von einer Ganzkörper- in eine Neuro-Kryokonservierung umwandelt oder die Kryokonservierung ganz beendet. Als Sicherheitsmaßnahme können Sie bestimmte Personen, Organisationen und/oder Institute als **Kontaktpersonen bei Gefährdung der Kryokonservierung** vorsehen (siehe **Vereinbarung zur Kryokonservierung, Abschnitt IV, UNGEWISSHEITEN, Artikel 3**). Diese Benennung führt nicht zu einem Vertrag mit der/den **Kontaktperson(en) bei Gefährdung der Kryokonservierung**, weder auf Seiten des Mitglieds, noch auf Seiten von Alcor. Solche Kontaktpersonen können Personen oder Organisationen sein, denen Sie Gelder speziell für den Zweck hinterlassen haben, als Rückhalt für die Finanzierung Ihrer Kryokonservierung zu dienen.

Name	Telefon, privat	Telefon, mobil	Telefon, geschäftlich
Anschrift - Straße	Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ

**ZUWEISUNG DER FINANZIERUNGSMITTEL FÜR DIE KRYOKONSERVIERUNG, DIE ÜBER DEN ERFORDERLICHEN MINDESTBETRAG HINAUSGEHEN.** Wenn Sie eine Finanzierung der Kryokonservierung über den erforderlichen Mindestbetrag hinaus bereitgestellt haben und der Mindestbetrag nicht alle für die Kryokonservierung erforderlichen Kosten abdeckt, wird Alcor diese übersteigenden Mittel zur Finanzierung dieser Kosten heranziehen. Wenn über dem Mindestbetrag liegende Mittel nach Zahlung aller für die Kryokonservierung anfallenden Kosten verbleiben, zahlt Alcor die verbleibenden Mittel an den Patientenbetreuungsfonds (50 %) und den allgemeinen Betriebsfonds (50 %) (**Standard-Option**). Wenn Sie eine abweichende Aufteilung der verbleibenden über den Mindestbetrag hinausgehenden Mittel wünschen, machen Sie bitte die nachfolgenden Angaben („%“ bedeutet dabei den Anteil des den Mindestbetrag übersteigenden Betrags).

<input type="checkbox"/> An den Patientenbetreuungsfonds____%	<input type="checkbox"/> An den allgemeinen Betriebsfonds_____%
<input type="checkbox"/> An den Alcor Forschungsfonds_____%	<input type="checkbox"/> An den Stiftungsfonds_____ %
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte erläutern)_____%	
<b>DER GESAMTANTEIL MUSS SICH AUF 100 % BELAUFEN</b>	

**VERÖFFENTLICHUNG** Um ein besseres Verständnis für die Kryonik zu fördern und die Akzeptanz der Kryonik zu erhöhen, ist es hilfreich, wenn Alcor die Namen und Fotos der Personen veröffentlichen darf, die Mitglieder sind oder bereits kryokonserviert wurden. Uns ist jedoch bewusst, dass manche Menschen diese Entscheidung für sich behalten und die Tatsache ihrer Kryokonservierung nicht öffentlich bekanntgemacht haben möchten. Bitte wählen Sie eine oder mehrere der nachfolgenden Optionen:

<input type="checkbox"/> Ich erlaube es Alcor, meine Daten nach seinem Ermessen zu veröffentlichen. ( <b>Standard-Option</b> )
<input type="checkbox"/> Ich erlaube es Alcor, meinen Namen und meine Mitgliedsnummer (ausschließlich) anderen Mitgliedern zu nennen.
<input type="checkbox"/> Ich erlaube es Alcor, vor meiner Kryokonservierung meinen Namen und meine Nummer (ausschließlich) anderen Mitgliedern zu nennen. Nach meiner Kryokonservierung darf Alcor meine Daten nach seinem Ermessen frei veröffentlichen. Dies umfasst auch Informationen über meine Kryokonservierung, die Alcor für geeignet hält.
<input type="checkbox"/> Ich weise Alcor an, entsprechend den Bestimmungen des Anhangs I eine angemessene Vertraulichkeit zu bewahren.

## V. TESTAMENTE

Es ist keine Voraussetzung, ein Testament verfügt zu haben, um Mitglied bei Alcor zu werden. Wenn Sie jedoch bereits ein Testament verfügt haben, dessen Bestimmungen den Zielen der Kryonik entgegenstehen (etwa wenn in Ihrem Testament steht, Sie wollen keine Kryokonservierung oder Sie wollen eine Einäscherung, ein Begräbnis oder Sie treffen eine andere Verfügung über Ihre sterblichen Überreste nach der Feststellung Ihres Todes im rechtlichen Sinne), dann *könnten diese Bestimmungen Ihre Vereinbarung zur Kryokonservierung ungültig machen*. Wenn Sie bereits ein Testament verfügt haben, tragen allein Sie die Verantwortung dafür, dieses zu ändern oder zu ergänzen, um der Vereinbarung zur Kryokonservierung zur Wirksamkeit zu verhelfen.

Haben Sie ein Testament?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls „Ja“: Enthält dieses Bestimmungen, die einer Kryokonservierung entgegenstehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**TREUHANDFONDS.** Wenn Sie Ihre Kryokonservierung über einen Treuhandfonds finanzieren wollen, sollten Sie die Nutzung der vorabgenehmigten Vorlage von Alcor in Betracht ziehen. Bei Nutzung eines privaten Treuhandfonds wird dieser auf Kosten des Antragstellers von einem Anwalt überprüft und es ist die Genehmigung des Vorstands von Alcor erforderlich. Wenden Sie sich für weitere Informationen an Ihren Mitgliedschaftsordinator von Alcor.

## VI. KOSTEN DER MITGLIEDSCHAFT

Die Mitglieder zahlen, solange sie leben, Mitgliedsgebühren, um die Verwaltungs- und Forschungskosten von Alcor zu decken. Verschiedene Rabatte gelten für zusätzliche Familienangehörige, Vollzeit-Studenten im Alter von bis zu 30 Jahren, für Minderjährige und langfristige Alcor-Mitglieder.

Derzeitige Gebühren für Mitgliedschaft/CMS  710 USD jährlich (**Standard**)  360 USD halbjährlich  
 180 USD vierteljährlich

Dies umfasst eine Zahlung in Höhe von 180 USD pro Jahr für die umfassende Mitgliedsbereitschaft (CMS - Comprehensive Member Standby) für die Mitglieder in den USA und Kanada.  
(Auf diese Gebühr wird verzichtet bei Mitgliedern unter 18 Jahren, Vollzeit-Studenten unter 25 Jahren und Mitgliedern, die für die Kryokonservierung Mittel vorsehen, die 20.000 USD über dem Mindestbetrag liegen.) Gebühren und CMS-Gebühren unterliegen der jederzeitigen Änderung.

Gebühren für Mitgliedschaft ohne CMS (eine Option angeben):  530 USD jährlich (**Standard**)  270 USD halbjährlich  
 135 USD vierteljährlich

## VII. NOTFALLALARMSYSTEM

Ein wesentlicher Aspekt der schnellen Reaktionsfähigkeit von Alcor ist das Armband/Halsband für den Notfallalarm. Dieses informiert das medizinische Personal und Alcor in dem Fall, dass Sie bei einem medizinischen Notfall nicht mehr in der Lage sind, für sich selbst zu sprechen. Die Mitglieder erhalten ein Halsband, ein Armband und zwei Ausweiskarten. Um ein zusätzliches Set zu erhalten (Armband und Halsband), entrichten Sie bitte mit Ihrem Antrag zusätzliche 20,00 USD. Für alternative Möglichkeiten wenden Sie sich bitte an die Mitgliedschaftsabteilung.

## VIII. GESUNDHEITS- UND NOTFALLANGABEN

A. Haben Sie einen Hausarzt oder eine Organisation zur gesundheitlichen Versorgung? (Wenn nein, schreiben Sie „Keine“ und fahren Sie fort mit Teil B).

Name	Krankenhaus:	Telefon, privat	Telefon, mobil
Anschrift - Straße	Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ
Inwieweit wird diese Person oder Organisation mit Alcor zusammenarbeiten?			

B. Medizinische Informationen: Listen Sie alle medizinischen Probleme auf, einschließlich Krankheiten und Behinderungen, Herz- oder Kreislaufstörungen, Blutdruck, Arthritis und klinische psychiatrische Probleme. Bitte seien Sie ehrlich, präzise und detailliert. Alcor lehnt keine Menschen aufgrund von gesundheitlichen Problemen ab. Wir benötigen diese Informationen jedoch, um Ihre Kryokonservierung zu ermöglichen und zu erleichtern. Fügen Sie ggf. ein gesondertes Blatt bei mit dem Titel „Abschnitt VIII Kontakte - Gesundheits- und Notfallangaben, Forts.“

<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <b>Größe:</b> _____ <b>Gewicht:</b> _____ <b>Blutgruppe:</b> _____
---

Gesundheitliche Probleme: \_\_\_\_\_

Anamnese von Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, HIV usw.) \_\_\_\_\_

Allergien (inkl. Medikamente): \_\_\_\_\_

Medikamente, die derzeit oder vor kurzem eingenommen wurden: \_\_\_\_\_

Identifizierung von Narben oder Erkennungsmerkmalen: \_\_\_\_\_

Haben Sie künstliche Geräte, Implantate oder Prothesen? (Beispiele: Herzschrittmacher, Herzklappe, künstliches Gelenk oder Glied, kraniale Platte usw.) Ein Versäumnis bei diesen Angaben kann zu Verzögerungen oder Schäden während Transport oder Perfusion führen.

Anamnese: (Einschließlich schwerer Krankheiten, Operationen (insbesondere Herzoperationen), Verletzungen, Krankenhausaufenthalte usw. Ggf. weitere Blätter verwenden.)

Geben Sie Ehepartner, Kinder, Mutter, Vater und Geschwister an. Bei Verstorbenen ergänzen Sie „verstorben“ und das Todesdatum neben dem Namen. Bitte geben Sie bei Verstorbenen auch das Geburtsdatum an. Es ist für Alcor nützlich, die Namen Ihrer nächsten Angehörigen und deren Einstellung zur Kryonik zu kennen. Verzögern Sie die Antragstellung jedoch nicht, um sich weitere Daten zu beschaffen. Die eidesstattlichen Erklärungen von Angehörigen (gilt nicht bei Minderjährigen) sind freiwillig und werden zur Weitergabe an die Verwandten direkt an Sie gesendet. Wir werden Ihre Angehörigen ausschließlich auf Anforderung hin kontaktieren. Wenn der Antragsteller minderjährig ist, müssen alle Erziehungsberechtigten aufgeführt werden.

## IX. NÄCHSTER ANGEHÖRIGER

Name	Beziehung	Geburtsdatum	Telefon (privat und geschäftlich)	
Anschrift - Straße		Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ
Ist er/sie bereit, das Dokument eidesstattliche Erklärung eines Angehörigen zu unterzeichnen?		Bemerkungen zu seiner/ihrer Einstellung zu Kryonik und der Zusammenarbeit mit Alcor		
E-Mail				
Name	Beziehung	Geburtsdatum	Telefon (privat und geschäftlich)	

Anschrift - Straße		Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ
Ist er/sie bereit, das Dokument eidesstattliche Erklärung eines Angehörigen zu unterzeichnen?		Bemerkungen zu seiner/ihrer Einstellung zu Kryonik und der Zusammenarbeit mit Alcor		
E-Mail				
Name	Beziehung	Geburtsdatum	Telefon (privat und geschäftlich)	
Anschrift - Straße		Stadt	Bundesland/Provinz/Land	PLZ
Ist er/sie bereit, das Dokument eidesstattliche Erklärung eines Angehörigen zu unterzeichnen?		Bemerkungen zu seiner/ihrer Einstellung zu Kryonik und der Zusammenarbeit mit Alcor		
E-Mail				

Benötigen Sie Hilfe für die Suche nach zwei nicht verwandten Zeugen?  Ja  Nein

## X. ANTRAGSGEBÜHREN – DIESER ABSCHNITT MUSS AUSGEFÜLLT WERDEN

Für den Fall, dass Sie nicht alle Mitgliedschaftsanforderungen erfüllen und sich Alcor nicht innerhalb von vier Monaten nach dem Datum Ihres Antrags als Mitglied angeschlossen haben, wird Ihre nachfolgend genannte Kreditkarte mit 90 USD belastet. Diese zusätzliche Gebühr von 90 USD fällt anschließend alle drei Monate erneut an, die Sie Antragsteller bleiben.

Ich ermächtige die Alcor Life Extension Foundation, meine Kreditkarte mit 90 USD zu belasten, wenn ich mich Alcor nicht innerhalb von vier Monaten nach dem Datum meines Antrags als Mitglied angeschlossen habe. Weiter ermächtige ich Alcor, meine Kreditkarte nachfolgend alle drei Monate mit weiteren 90 USD zu belasten, die ich mich Alcor nicht als Mitglied anschließe.

- Ich ermächtige Alcor weiter, auch die Antragsgebühr meiner Kreditkarte zu belasten.  
(Wenn Sie dieses Kästchen nicht aktivieren, senden Sie bitte einen Scheck über Ihre Antragsgebühr.)
1. Familienmitglied -- **90 USD**     2. Familienmitglied -- **45 USD**     Weiteres Familienmitglied – **keine Gebühr**
- Ich ermächtige Alcor darüber hinaus, auch die Mitgliedsgebühren von meiner Kreditkarte einzuziehen, sobald ich als Mitglied aufgenommen wurde. (Siehe Abschnitt VI.: Kosten der Mitgliedschaft.)

VISA  MC  AMEX  DISCOVER \_\_\_\_\_  
Kreditkartennummer Ablaufdatum

Bitte ankreuzen, wenn Alcor Sie zur \_\_\_\_\_  
Abfrage der Kreditkarte anrufen soll Name (wie auf der Kreditkarte – *in Druckbuchstaben*)

\_\_\_\_\_  
Rechnungsanschrift (falls abweichend von der Postanschrift)

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass alle Streitigkeiten oder Ansprüche, die aus oder in Zusammenhang mit diesem Antrag erwachsen, dem Schiedsverfahren in Phoenix, Arizona in Übereinstimmung mit den Commercial Arbitration Rules der American Arbitration Association unterliegen und der Beschluss, der durch den/die Schiedsrichter gefällt wird, vor jedem zuständigen Gericht anhängig gemacht und durchgesetzt werden kann. Darüber hinaus beabsichtige ich/beabsichtigen wir, dass die Schiedsrichter die Befugnis zur Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz haben, der den Umständen angemessen sind. Dies umfasst, ohne darauf beschränkt zu sein: Temporäre einstweilige Anordnungen, Verfügungen und Vollstreckungen. Ich/wir beabsichtigen, dass diese Schiedsgerichtsvereinbarung unwiderruflich ist und stimme/n zu, dass die Alcor Life Extension Foundation einstweiligen Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen berechtigt ist, um einer Klage zu begegnen, durch die ich/wir diese Vereinbarung verletze/n. Wenn das Mitglied zu einer Unterzeichnung nicht in der Lage oder minderjährig ist oder aus anderen Gründen nicht unterschreiben kann/darf, müssen nächster Angehöriger und/oder rechtlich Bevollmächtigter nachfolgend unterschreiben.

Unterschrift(en): \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Überarbeitet im Juni 2015