

Chers parents,

Nous vous félicitons d'avoir choisi de protéger la santé future de votre enfant, par l'entreposage de ses cellules souches au Programme de sang ombilical Insception Lifebank. En choisissant Insception Lifebank, vous confiez votre échantillon au programme de sang ombilical le plus grand et le plus expérimenté au Canada. Plus important encore, vous fournirez des options à votre fournisseur de soins de santé si votre bébé, ou potentiellement un membre de votre famille, tombe malade. Le sang ombilical contribue à traiter aujourd'hui avec succès de nombreuses maladies graves. Les chercheurs et scientifiques à l'échelle mondiale mettent au point de nouvelles applications pour la thérapie par cellules souches. Évidemment, le sang ombilical ne peut-être prélevé qu'à la naissance; vous avez donc fait un choix éclairé de profiter de cette occasion unique de tirer parti de tout le potentiel, pour votre enfant et votre famille, de bénéficier de ces percées médicales.

Nous désirons que le processus d'inscription à notre programme, en vue du prélèvement et de l'entreposage du sang ombilical de votre enfant, soit aussi simple que possible.

La page « Étapes de l'inscription » vous servira de guide pour remplir la trousse d'inscription ci-incluse. Une fois que vous aurez remis tous les documents dûment remplis à Insception Lifebank, une trousse de prélèvement du sang ombilical avec un aide-mémoire pour le jour de l'accouchement vous sera envoyée. Si vous ne l'avez pas encore fait, c'est maintenant le moment idéal de discuter avec votre médecin ou sage-femme de votre décision d'entreposer le sang ombilical de votre enfant.

Si vous éprouvez des difficultés à remplir la trousse d'inscription ou si vous avez des questions, nous vous invitons à nous appeler au 905.206.2790 ou sans frais au 866.606.2790.

Pour de plus amples renseignements au sujet du programme de sang ombilical Insception Lifebank et de l'entreposage du sang ombilical dans son ensemble, visitez notre site Web au [www.insception.com](http://www.insception.com).

Nous vous remercions d'avoir opté pour le programme de sang ombilical Insception Lifebank. Nous vous offrons nos meilleurs vœux alors que s'amorce la nouvelle vie de votre enfant.

Cordialement,



Robert Casper, MD, FRCS(C)  
Directeur médical  
Programme de sang ombilical Insception

## ÉTAPE 1 : Lisez et remplissez les documents

- ❖ Remplissez le formulaire d'inscription du client.
- ❖ Lisez et signez l'entente d'entreposage du sang ombilical.
- ❖ Référez à l'Annexe A : Frais, et choisissez le forfait le mieux adapté aux besoins de votre famille.

## ÉTAPE 2 : Postez ou télécopiez les documents remplis

- ❖ **Postez** toutes les pages de :
  - Formulaire d'inscription (2 pages)
  - Entente d'entreposage du sang ombilical (6 pages)
  - Annexe A: Frais (1 page)
  - Formulaire pour débits préautorisés (DPA) (si applicable) (1 page)

À : Programme de sang ombilical Inspection Lifebank  
1620, avenue Tech, Unité 1  
Mississauga, Ontario  
L4W 5P4  
ou

- ❖ **Télécopiez** toutes les pages de :
  - Formulaire d'inscription (2 pages)
  - Entente d'entreposage du sang ombilical (6 pages)
  - Annexe A: Frais (1 page)
  - Formulaire pour débits préautorisés (DPA) (si applicable) (1 page)

en utilisant la page de transmission par télécopieur qui vous est fournie au 905.206.2798.

Services aux clients  
**1 866 606-2790** ou **905 206-2790**  
info@inspection.com

Avez-vous déjà entreposé une unité de sang ombilical auprès du programme de sang ombilical Inception Lifebank?  
(autrefois Toronto Cord Blood Program)  OUI  NON

Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais				
Mère : Dre /Mme/Mlle (encerclez)	_____	_____	_____	_____
	Prénom	Nom de famille	Deuxième prénom	Nom de jeune fille
Nom de famille tel qu'il figure sur la carte provinciale d'assurance-maladie _____				
Naissance : _____ / _____ / _____		Profession : _____		
mm		jj	aaaa	
Adresse : _____				
Rue		App.		
_____		_____	_____	_____
Ville	Province	Pays	Code postal	
<b>Donnez tous les numéros de téléphone applicables</b>				
Cochez le numéro de téléphone à utiliser en priorité pour vous appeler pendant les heures ouvrables normales.				
<input type="checkbox"/> Maison :	_____			
<input type="checkbox"/> Travail :	_____	Poste :	_____	
<input type="checkbox"/> Cell. :	_____			
<input type="checkbox"/> Téléc. :	_____			
<input type="checkbox"/> Courriel :	_____			

Coordonnées pour l'envoi de la trousse de prélèvement du sang ombilical : (remarque : un service de messagerie vous livrera la trousse entre 8 h et 17 h) Quelqu'un doit être sur place pour accepter la trousse. Le messenger ne laissera pas la trousse sans signature. Les frais de messagerie seront portés à votre carte de crédit/compte bancaire. Vous pouvez aussi passer chercher la trousse à un des bureaux d'Inception Lifebank. SVP référez-vous à <http://www.inception.com/locations> pour la liste complète de sites.

Je passerai chercher ma trousse de prélèvement  Envoyez ma trousse à l'adresse ci-dessus

Envoyez ma trousse à l'adresse ci-dessous :

Nom du destinataire : \_\_\_\_\_ Entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Rue App.

\_\_\_\_\_

Ville Province Pays Code postal

Nom de la mère : Famille : _____ Prénom : _____
---

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

Comme les unités sont entreposées à longue échéance, nous avons remarqué qu'au fil des ans, les familles déménagent, changent de numéro, etc. Pour nous aider à maintenir le contact avec vous, veuillez SVP nous donner d'autres coordonnées où vous contacter si vos coordonnées principales ne sont plus valides.

**Autres coordonnées 1** : Relation : Conjoint/e (si applicable) : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Dr/e/M./Mme/Mlle : \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille

Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue App.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Ville Province Pays Code postal

Tél. : Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Autres coordonnées 2** : Relation : Mère, père, soeur, frère, autre : \_\_\_\_\_

Dr/e/M./Mme/Mlle : \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille

Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue App.

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Ville Province Pays Code postal

Tél. : Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Accouchement**      Date approximative de l'accouchement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mmm      jj      aaaa

Naissance multiple? Non  Oui       Jumeaux  Triplés  Autre

Hôpital de naissance : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Téléphone Télécopieur

Obstétricien : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Téléphone Télécopieur

Sage-femme : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Téléphone Télécopieur

## ENTENTE DE SERVICES DE SANG OMBILICAL et(ou) TISSU OMBILICAL

**REMARQUE :** Les règlements imposés par Santé Canada dictent que toute personne ayant contracté une maladie connue transmise par le sang (dont le VIH, HTLV, hépatite B et hépatite C) ne peut pas entreposer de sang ombilical. Si vous croyez avoir été atteint d'une telle maladie ou que vous avez couru un risque d'exposition à une telle maladie, ou encore si vous avez un doute quant à votre admissibilité à participer, veuillez composer le 1 866 606-2790, et adressez-vous à l'un de nos consultants cliniques.

Cette entente de services de sang ombilical (l'« entente ») est conclue entre Inception Biosciences Inc.

(« Inception ») et \_\_\_\_\_ (la « cliente »).

Inscrire le nom complet de la mère

Cette entente décrit les modalités en vertu desquelles Inception fournira l'équipement de prélèvement, le traitement, les tests et l'entreposage (les « services ») des cellules souches du sang ombilical (le « sang ombilical ») et(ou) le tissu ombilical (le « tissu ombilical ») de l'enfant (l'« enfant »).

### Prélèvement et envoi

Dès la réception du formulaire d'inscription de la cliente dûment rempli, Inception fournira à la cliente une trousse de prélèvement pour le sang ombilical et pour l'échantillon du sang maternel (la « sérologie maternelle »). Le paiement des frais (tel qu'indiqués à l'annexe « A ») sera traité une fois que la trousse de prélèvement aura été envoyée à la cliente. La cliente est responsable d'apporter la trousse de prélèvement au centre de naissance et de la remettre au prestataire de soins de la santé. Le prestataire de soins de la santé prélèvera le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical au moment de l'accouchement, en vertu du formulaire de consentement éclairé inclus dans la trousse de prélèvement. La sérologie maternelle sera prélevée au moment de l'accouchement ou dans les sept (7) jours suivant l'accouchement. La cliente comprend qu'il pourrait ne pas être techniquement possible de prélever le sang ombilical (ou la quantité minimale de sang ombilical requise pour fournir les services) et(ou) le tissu ombilical au moment de l'accouchement, dû à des circonstances obstétricales ou médicales particulières. Une fois le prélèvement effectué, la cliente signalera à Inception, par téléphone, dans les deux (2) heures suivant la naissance, que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical est prêt à être envoyé du centre de naissance à l'établissement de traitement d'Inception, tel qu'indiqué dans les « Directives d'emballage et d'envoi » fournies dans le livret de la trousse de prélèvement. Il pourrait ne pas être possible de traiter et d'entreposer le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical si Inception ne reçoit pas ce signalement promptement.

### Tests, traitement et entreposage

Inception confirmera à la cliente, par téléphone, qu'elle a bien reçu le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical. En vertu du consentement éclairé, Inception vérifiera que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical se conforme aux exigences minimales de volume, traitera et effectuera un comptage initial des cellules, et fera tous les tests requis sur les unités de sang ombilical et de sérologie maternelle. Les tests devront également répondre aux exigences de la loi. Si Inception est satisfaite du volume et du résultat des tests, le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical sera cryopréservé (placé en état de gel à longue échéance) et entreposé pour un usage ultérieur. Inception signalera à la cliente si le décompte initial des cellules ou si tout résultat des tests ne convient pas pour le traitement et l'entreposage, auquel cas Inception remboursera à la cliente les frais applicables, tels qu'indiqués à l'annexe « A ». La cliente reconnaît et comprend que la loi pourrait exiger qu'Inception effectue de nouveaux tests périodiques du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical et(ou) de la sérologie maternelle, à l'affût de maladies infectieuses pouvant affecter l'admissibilité du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à l'entreposage continu.

## Responsabilités de la cliente

La cliente est responsable de remplir complètement et avec précision, avant l'accouchement, le formulaire d'inscription, le formulaire de consentement éclairé (si la cliente est la mère de l'enfant), le questionnaire confidentiel d'antécédents médicaux et d'évaluation des risques, et cette entente. La cliente est responsable de suivre les directives incluses dans la trousse de prélèvement et de signaler à Inception, dans les plus brefs délais après le prélèvement (préférentiellement dans les deux heures) que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical, la sérologie maternelle et le questionnaire confidentiel d'antécédents médicaux et d'évaluation des risques sont prêts pour la cueillette. Si la sérologie maternelle n'est pas prélevée au moment de l'accouchement, la cliente devra faire en sorte qu'elle soit livrée à Inception dans les sept (7) jours qui suivent. La cliente est responsable de payer les frais stipulés à l'annexe « A » de cette entente et d'effectuer tout paiement requis au prestataire de soins de la santé pour le prélèvement du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical et(ou) de la sérologie maternelle.

## Reconnaissance de la cliente

La cliente reconnaît que :

(a) Certains tests sanguins doivent être effectués sur la mère de l'enfant, avant la participation aux services, afin : (i) qu'Inception puisse évaluer l'admissibilité du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à des fins de traitement et d'entreposage; et (ii) de se conformer aux lois et directives applicables, aux règlements de Santé Canada et autres normes d'accréditation applicables liées aux services. La cliente comprend que les résultats de ces tests pourraient être rendus disponibles au prestataire de soins de la santé de la mère par le directeur médical d'Inception, et que le prestataire de soins de la santé ou que le directeur médical d'Inception pourrait déterminer que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical n'est pas admissible aux services. Cette décision sera contraignante pour la cliente.

(b) La cliente est responsable de fournir à Inception ses coordonnées requises (y compris, sans s'y limiter, son adresse postale, son numéro de téléphone et son adresse courriel) au moment de l'inscription, et convient de signaler promptement à Inception tout changement de ses coordonnées en tout temps pendant la durée de cette entente.

(c) Il existe des avantages manifestes liés aux services, dont l'approvisionnement en cellules souches pour traiter certaines maladies, comme certains cancers et troubles sanguins. Toutefois, les traitements basés sur les cellules souches ne sont pas appropriés pour toutes les maladies et les traitements par cellules souches pourraient ne pas être efficaces pour toute maladie particulière. Les cellules souches sont disponibles auprès d'autres sources, comme la moelle osseuse et le sang périphérique, ou encore auprès de registres de donneurs. Toute décision d'utiliser (ou de ne pas utiliser) le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical est prise strictement entre la cliente et son médecin traitant. Il n'existe aucune garantie que l'enfant ou un autre membre de la famille aura à utiliser le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical.

(d) Il n'existe aucune garantie que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical sera prélevé. La décision de prélever le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical sera prise par le prestataire de soins de la santé au moment de la naissance de l'enfant, et cette décision sera contraignante pour la cliente. La principale considération lors de l'accouchement sera la santé de la mère et de l'enfant, et les circonstances pourraient dicter qu'il est dans l'intérêt de la mère et(ou) de l'enfant de ne pas prélever le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical.

(e) Il n'existe aucune garantie que le volume minimal requis sera prélevé. Il pourrait ne pas être techniquement possible de prélever le volume minimal requis de sang ombilical au moment de l'accouchement.

(f) Le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical et la sérologie maternelle seront soumis à des tests, suite au prélèvement, dont les résultats pourraient révéler que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical n'est pas admissible à l'entreposage. Inception conserve le droit de rejeter le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical si les résultats des tests révèlent une contamination ou la présence d'agents infectieux.

(g) Il n'existe aucune garantie que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical survivra aux procédures de prélèvement, de transport, de traitement, de cryopréservation et de décongélation.

(h) Il pourrait être découvert que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical ne contient pas un nombre adéquat de cellules souches nucléées et(ou) viables pour l'utilisation dans le cadre du traitement de maladies. Il n'existe aucune garantie qu'un traitement réussi découlera de toute utilisation du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical.

(i) L'utilisation du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical doit être effectuée sous la supervision d'un prestataire accrédité de soins de la santé. Des tests additionnels du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical pourraient être requis après la sortie de l'entreposage et avant l'utilisation future. Ces tests seraient faits pour répondre aux exigences d'un prestataire de soins de la santé, des lois et directives applicables, des règlements de Santé Canada ou autres normes d'accréditation liées aux services. La réussite du prélèvement, du traitement et de l'entreposage du sang ombilical ne garantit aucunement la réussite du traitement ou des traitements.

(j) La cliente pourrait choisir de retirer son consentement de prélever le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical avant l'accouchement. Dans cette circonstance, Inception remboursera les frais applicables indiqués à l'annexe « A ».

## Frais

Au moment de l'inscription (c.-à-d. une fois que cette entente et toutes ses annexes auront été dûment remplis et soumises à Inception et, dans tous les cas, avant le prélèvement du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical), la cliente devra choisir une option de paiement pour l'entreposage (entreposage annuel, entreposage payé d'avance ou autre) tel qu'indiqué à l'annexe « A » de cette entente. La cliente permet à Inception de facturer sa carte de crédit ou son compte bancaire en vertu de l'option de paiement pour l'entreposage choisie par la cliente. Le paiement sera traité une fois que la trousse de prélèvement aura été remise à la cliente. Si des circonstances empêchent le prélèvement du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical pour toute raison, Inception remboursera les frais appropriés en vertu de l'annexe « A ».

La cliente convient de signaler sans délai à Inception tout changement de ses renseignements de facturation (qu'il s'agisse des détails de la carte de crédit ou du compte bancaire) en tout temps pendant la durée de l'entente. Avant d'envoyer à la cliente un avis de résiliation pour non-paiement des frais, Inception tentera de signaler à la cliente toute situation où elle ne réussit pas à porter les frais à la carte de crédit ou au compte bancaire de la cliente pour le paiement de tous les frais exigibles dans le cadre de cette entente.

## Sortie et transfert

Si le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical est requis à des fins de greffe, d'essais cliniques ou de thérapie de régénération, le médecin traitant de la cliente fournira à Inception une demande de sortie du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical. La cliente devra autoriser cette demande en fournissant à Inception un avis écrit. Les formulaires appropriés seront fournis à la cliente pour effectuer ce processus. Le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical sera rendu disponible pour envoi pendant les heures ouvrables normales des jours ouvrables normaux (sauf le week-end et les jours fériés) après préavis de sept (7) jours à Inception. Aucuns frais ne sont imputés pour la sortie du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à des fins de greffe, d'essais cliniques ou de thérapie régénératrice. Si la cliente demande le transfert du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à une autre banque de sang ombilical et(ou) le tissu ombilical, la cliente doit se conformer aux politiques et procédures d'Inception alors en vigueur, et est responsable de défrayer tous les frais dus à Inception, dont les frais de sortie alors en vigueur d'Inception, et les frais d'envoi applicables. Inception ne soumettra ni ne transférera le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à toute personne ou entité autre que le médecin traitant de la cliente ou un établissement accrédité d'entreposage du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical. La cliente et l'entité destinataire du sang ombilical libéré ou transféré conviennent de ne pas tenir Inception responsable de toute perte ou tout dommage-intérêt lié au sang ombilical et(ou) le tissu ombilical transféré.

## Durée et résiliation

Cette entente entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-dessous. Au moment d'atteindre l'âge de dix-huit (18) ans, l'enfant obtient le droit au sang ombilical et(ou) le tissu ombilical et conclut une entente auprès d'Inception pour les services semblable à la présente. Inception communiquera avec la cliente avant que l'enfant atteigne l'âge de dix-huit (18) ans afin de prendre des dispositions pour que l'enfant obtienne et signe un exemplaire de l'entente alors en vigueur. La cliente reconnaît qu'Inception se référera à cette entente



et que la cliente sera liée par les modalités de cette entente jusqu'à ce que : (i) Inception reçoive un exemplaire signé par l'enfant de l'entente alors en vigueur; ou (ii) cette entente soit résiliée en vertu des modalités ci-dessous.

La cliente peut résilier cette entente en tout temps sous réserve de préavis par écrit à Inception, lequel doit inclure une directive demandant de : (i) détruire le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical; (ii) faire don du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à des fins de recherche ou de greffe; ou (iii) transférer le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à un autre établissement. Si la cliente manque de donner à Inception l'une des directives précédentes dans les soixante (60) jours suivant la résiliation de cette entente, la cliente convient que : (A) tous les droits, titres de propriété et intérêts (y compris les droits de propriété intellectuelle) que la cliente ou l'enfant avait dans le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical seront dévolus à Inception; et (B) Inception sera propriétaire de tous les droits, titres de propriété et intérêts, et, par la présente, la cliente autorise Inception, à sa seule initiative, à détruire le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical ou à l'utiliser à des fins de recherche ou de greffe. La cliente convient en outre qu'elle n'aura pas droit à un remboursement de tout montant précédemment versé par la cliente à Inception en cas de résiliation, à moins que le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical soit soumis à des fins de traitement médical et que le mode de paiement choisi ait été celui du paiement d'avance.

Inception peut mettre fin à cette entente pour le non-paiement des frais, en tout temps sous réserve d'un préavis écrit de quatre-vingt-dix (90) jours. Dans ces cas, Inception exigera une directive de la part de la cliente en ce qui a trait aux options qui suivent : (i) destruction du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical; (ii) don du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical à des fins de recherche ou de greffe. Si la cliente manque de donner à Inception l'une des directives précédentes dans les soixante (60) jours suivant la résiliation de cette entente, la cliente convient que tous les droits, titres de propriété et intérêts (dont tout droit de propriété intellectuelle) qu'avait la cliente ou l'enfant dans le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical seront dévolus à Inception, et, par la présente, la cliente autorise Inception, à sa seule initiative, à détruire le sang ombilical et(ou) le tissu ombilical ou à l'utiliser à des fins de recherche ou de greffe.

## **Garantie**

La cliente comprend et reconnaît qu'Inception, ses cadres, directeurs, actionnaires, employés, agents ou consultants n'ont formulé aucune condition, déclaration ou garantie, de tout type ou de toute nature, que celles-ci soient expresses, implicites ou accessoires, y compris, sans s'y limiter, toute déclaration ou garantie en ce qui a trait à (i) la pertinence du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical pour le traitement futur de maladies; (ii) le traitement réussi des maladies par l'utilisation du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical; (iii) tout avantage du traitement par sang ombilical et(ou) le tissu ombilical par rapport à d'autres traitements; (iv) le traitement ou l'entreposage réussi du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical; et (v) la commercialité ou l'adaptation à un usage particulier ou l'utilisation du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical ou des services. Dans la plus vaste mesure permise par la loi, Inception renonce à toute garantie, déclaration et condition de quelque sorte en ce qui a trait aux services, que celles-ci soient expresses, implicites ou accessoires, y compris les garanties et conditions implicites de commercialité ou d'adaptation à un usage particulier.

## **Limite de responsabilité**

EN AUCUN CAS INCEPTION, SES ACTIONNAIRES, DIRECTEURS, CADRES OU EMPLOYÉS NE SERONT RESPONSABLES DES DOMMAGES-INTÉRÊTS SPÉCIAUX, ACCESSOIRES, CONSÉCUTIFS, EXEMPLAIRES, PUNITIFS OU INDIRECTS, Y COMPRIS, SANS S'Y LIMITER, TOUTE RÉCLAMATION LIÉE AUX PERTES, BLESSURES CORPORELLES, DÉCÈS, DOMMAGES OU DESTRUCTION DÉCOULANT OU ÉTANT LIÉ À CETTE ENTENTE OU AUX SERVICES, DE QUELQUE FAÇON CAUSÉS ET SANS ÉGARD À LA THÉORIE DE RESPONSABILITÉ. DE PLUS, SAUF EN CE QUI A TRAIT AUX RÉCLAMATIONS LIÉES À UNE INCONDUITE VOLONTAIRE OU À UNE NÉGLIGENCE GROSSIÈRE, DANS AUCUN CAS INCEPTION NE SERA RESPONSABLE DES DOMMAGES- INTÉRÊTS DE TOUTE SORTE SUPÉRIEURS À TROIS FOIS LES FRAIS D'ENTREPOSAGE ANNUELS PAYÉS À INCEPTION DANS LE CADRE DE LA PRÉSENTE. INCEPTION NE SERA PAS RESPONSABLE DE TOUT DOMMAGE-INTÉRÊT, COÛT OU RÉCLAMATION DÉCOULANT DE BLESSURES OU DOMMAGES DÉCOULANT : 1) DU SANG OMBILICAL ET(OU) LE TISSU OMBILICAL OU DE LA SÉROLOGIE MATERNELLE AVANT QUE LE SANG OMBILICAL ET(OU) LE TISSU OMBILICAL OU LA SÉROLOGIE MATERNELLE AIENT ÉTÉ REÇUS PAR INCEPTION DANS SON ÉTABLISSEMENT, Y COMPRIS LES DOMMAGES, COÛTS OU RÉCLAMATIONS LIÉS AU TRANSPORT DU



SANG OMBILICAL ET(OU) LE TISSU OMBILICAL OU DE LA SÉROLOGIE MATERNELLE; ET II) DE TOUS LES FRAIS DUS AU PRESTATAIRE DE SOINS DE LA SANTÉ DE LA CLIENTE LIÉS AU PRÉLÈVEMENT DU SANG OMBILICAL ET(OU) LE TISSU OMBILICAL ET DE LA SÉROLOGIE MATERNELLE. CES LIMITES S'APPLIQUENT MÊME SI LA POSSIBILITÉ QUE SURVIENNENT TELS DOMMAGES A ÉTÉ SIGNALÉE À INSCEPTION OU SI CELLE CI EN EST CONSCIENTE. LES LIMITES INDIQUÉES DANS CETTE SECTION SONT APPLICABLES MÊME EN CAS DE NON-RESPECT DU BUT ESSENTIEL DE CETTE DISPOSITION, ET SURVIVRONT À LA RÉSILIATION DE CETTE ENTENTE. LA CLIENTE COMPREND QUE PAR L'ENTREMISE DE CE DÉNI DE RESPONSABILITÉ, ELLE RENONCE À TOUT DROIT QU'ELLE POURRAIT AUTREMENT AVOIR, MAINTENANT OU PLUS TARD, D'INTENTER DES POURSUITES OU AUTREMENT RÉCLAMER DES COMPENSATIONS EN DOMMAGES-INTÉRÊTS OU AUTRE RECOURS CONTRE INSCEPTION POUR TOUTE RAISON LIÉE AUX SERVICES, À L'EXCEPTION UNIQUE DE CHERCHER À OBTENIR LE REMBOURSEMENT DU MONTANT SPÉCIFIÉ CI-DESSUS.

La cliente convient en outre de dégager son(ses) prestataire(s) de soins de la santé, hôpital/centre de naissance et ses propriétaires, actionnaires, directeurs, dirigeants et employés contre toute responsabilité liée : i) au prélèvement, à la disposition, à la destruction (accidentels ou intentionnels) ou à la manutention du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical et de la sérologie maternelle; et ii) à la divulgation à Insception des résultats des tests du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical et de la sérologie maternelle.

## **Renseignements personnels**

Inspection s'engage à protéger le caractère confidentiel de tous les renseignements personnels et de santé en se conformant à sa propre politique en matière de confidentialité, qui, elle, se conforme à son tour à la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (S.C. 2000, c.5). La cliente consent à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels, dont la divulgation des renseignements personnels relatifs à la santé (les « renseignements personnels ») par Inspection au sujet de la cliente, de la mère de l'enfant et de l'enfant, tel qu'indiqué à la présente. Dans certains cas, les renseignements personnels seront fournis directement par la cliente, et, dans d'autres cas, les renseignements personnels pourraient être recueillis par un prestataire de soins de la santé ou générés dans le cadre de tests effectués par Inspection ou de façon liée au sang ombilical et(ou) le tissu ombilical ou à la sérologie maternelle. Les renseignements personnels seront utilisés par Inspection ou ses fournisseurs de service uniquement dans le but d'évaluer l'admissibilité du sang ombilical et(ou) le tissu ombilical pour le traitement et l'entreposage et pour fournir les services à la cliente. La cliente comprend également qu'Inspection pourrait divulguer des renseignements personnels à : (i) ses comptables, vérificateurs, agents et avocats dans le cadre de l'exécution de ses droits juridiques; et (ii) des tiers dans le cadre de la vente, de l'achat, de la location, de la fusion, de l'amalgamation ou du financement, réels ou prospectifs, des affaires d'Inspection (et, dans ce cas, uniquement en vertu des restrictions liées à la confidentialité). Inspection ne divulguera pas les renseignements personnels sans le consentement de la cliente à moins que la loi, la réglementation, un mandat de perquisition, une assignation à comparaître ou un ordre du tribunal la contraigne légalement à le faire. Les renseignements personnels seront conservés par Inspection aussi longtemps que requis pour fournir les services à la cliente et pour se conformer aux lois applicables.

## **Avis**

Tous les avis seront donnés par écrit et envoyés par la poste, par courriel ou par télécopieur avec confirmation de réception. Il sera convenu que tous les avis ont été reçus cinq jours ouvrables après la mise à la poste, ou le jour ouvrable suivant le jour de la transmission par télécopieur, si applicable.

## **Généralités**

Inspection pourrait céder ses obligations en tout ou en partie, dans le cadre de cette entente, à toute entité qui fournit des services semblables ou qui a comme intention, après cette cession, de fournir ces services. La cliente comprend qu'Inspection pourrait céder en sous-traitance ou déléguer ses responsabilités, en tout ou en partie, dans le cadre de cette entente, à un ou plusieurs sous-traitants qui fournissent des services semblables dans le cadre de leurs activités commerciales normales. La cliente ne peut pas céder cette entente sans le consentement préalable par écrit d'Inspection.

Cette entente, de concert avec son annexe et son consentement éclairé, représente l'intégralité de l'entente entre la cliente et Inception en ce qui a trait au fond de cette entente, et il n'existe aucun accord, contrat ou déclaration autre que ce qui est stipulé à la présente. Cette entente est exécutoire pour la cliente et Inception, ainsi que pour leurs successeurs et ayants droit respectifs. Aucune modification, amendement ou renonciation de toute disposition de cette entente ne sera en vigueur à moins d'avoir fait l'objet d'un accord par écrit, signé par la cliente et par Inception. Cette entente est régie par les lois de la province de l'Ontario. Si toute disposition de cette entente est jugée non valide, illégale ou non exécutoire, la validité, la légalité et le caractère exécutoire des autres dispositions ne seront aucunement affectés ou affaiblis. Inception ne sera aucunement responsable de tout retard ou manquement de s'acquitter des modalités de cette entente causé par des cas fortuits ou autres causes hors de la volonté des parties, sans qu'il y ait faute ou négligence.

Cette entente peut être signée en un ou plusieurs documents et/ou exemplaires, et peut être signée et livrée par télécopieur, et toutes ces exemplaires et télécopies seront considérés comme un original et qui ensemble formeront une seule et unique entente.

La cliente atteste avoir lu et compris les modalités ci-dessus, ainsi que toutes les ententes, consentement, limites de responsabilités et dégagements s'y rattachant. La cliente comprend que les services sont volontaires et qu'ils peuvent être refusés pour tout motif. La cliente a eu la possibilité de discuter des services avec un prestataire des soins de la santé, et a signé cette entente librement et volontairement.

Daté ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, année \_\_\_\_\_ (la « date d'entrée en vigueur »).

\_\_\_\_\_  
Signature de la mère

\_\_\_\_\_  
Signature du père

\_\_\_\_\_  
Nom de la mère

\_\_\_\_\_  
Nom du père

# Options de paiement

ANNEXE A : FRAIS

Choisissez votre service (frais ponctuels de service)\*

DE PRIME

DE BASE

## ENTREPOSAGE DE SANG OMBILICAL

Entreposage de sang ombilical | 1,000 \$  
Incluant la trousse de prélèvement et le traitement.

### Choisissez votre option d'entreposage\*

Entreposage annuel | 125 \$  
Les frais initiaux d'entreposage vous seront facturés au moment de l'envoi de la trousse de collecte. Les paiements d'entreposage subséquents commenceront après le premier anniversaire de naissance de votre enfant. Les frais annuels d'entreposage sont garantis à ce tarif pendant 18 ans.

Entreposage payé d'avance pour 18 ans | 1,850 \$  
**ÉCONOMIE DE 400\$ !**  
Une fois que l'entreposage est entrepris, les frais d'entreposage payés d'avance ne sont pas remboursables, à moins que le sang ombilical soit utilisé à des fins de traitement médical. Il s'agit de l'option la plus rentable pour 18 ans.

### Choisissez un forfait de paiement\*

Paiement intégral  
Incluant la trousse de prélèvement, le traitement et l'entreposage. Aucuns frais administratifs imposés.

Forfait de 12 mois  
Frais administratifs de 65 \$.

## ENTREPOSAGE DE SANG OMBILICAL ET DE TISSU DE CORDON OMBILICAL

Sang ombilical et tissu de cordon ombilical | 1,600 \$  
Incluant la trousse de prélèvement et le traitement.

### Choisissez votre option d'entreposage\*

Entreposage annuel | 225 \$  
Les frais initiaux d'entreposage vous seront facturés au moment de l'envoi de la trousse de collecte. Les paiements d'entreposage subséquents commenceront après le premier anniversaire de naissance de votre enfant. Les frais annuels d'entreposage sont garantis à ce tarif pendant 18 ans.

Entreposage payé d'avance pour 18 ans | 3,330 \$  
**ÉCONOMIE DE 720\$ !**  
Une fois que l'entreposage est entrepris, les frais d'entreposage payés d'avance ne sont pas remboursables, à moins que le sang ombilical soit utilisé à des fins de traitement médical. Il s'agit de l'option la plus rentable pour 18 ans.

### Choisissez un forfait de paiement\*

Paiement intégral  
Incluant la trousse de prélèvement, le traitement et l'entreposage. Aucuns frais administratifs imposés.

Forfait de 12 mois  
Frais administratifs de 65 \$.

## Montant Total\*

Remarque : Votre paiement est exigible au moment de la livraison de votre trousse de prélèvement.

\*Taxes applicables et frais du service de messagerie médicale non inclus.  
l'inscription. Le prestataire de soins de la santé/hôpital pourrait vous imposer des frais additionnels pour le prélèvement du sang ombilical.

Rabais offerts aux clients actuels et pour naissances multiples. Visitez [francais.insception.com/pricing](http://francais.insception.com/pricing) pour utiliser la calculatrice interactive.

## Mode de paiement (faites un choix)

### 1. Paiement par carte de crédit

Type de carte de crédit	<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> MasterCard	<input type="checkbox"/> AMEX
N° de carte de crédit	Expiration (mois ____ /année ____)		
Nom du titulaire			
Signature du titulaire	Date :		

### 2. Débits préautorisés au compte bancaire

(chèque spécimen marqué NUL annexé et formulaire de débit préautorisé rempli voir la page suivante)

F18 61-0001 (Fr) Date de téléchargement : 27 mars 2017 - peut changer sans préavis.

## Débit préautorisé (DPA) Formulaire de paiement

### S'il vous plaît compléter le contrat de plan (PAD) ci-dessous:

Je/nous autorise/autorisons Inception Biosciences Inc. et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je pourrais/nous pourrions autoriser en tout temps) à commencer les retraits en vertu de mes/nos instructions pour des paiements récurrents périodiques annuels et/ou des paiements uniques de temps à autre, à titre de paiement pour tous les frais portés à mon compte/nos comptes Inception Biosciences. Des paiements périodiques mensuels pour le montant total des services à fournir seront retirés de mon/notre compte spécifié à la date d'entreposage de l'unité. Les paiements mensuels périodiques pour le montant total des services fournis ou à fournir seront retirés de mon/notre compte spécifié le 1er de chaque mois. Inception Biosciences fournira un préavis par écrit de dix (10) jours au sujet du montant de chaque retrait périodique. Inception Biosciences obtiendra mon/notre autorisation pour tout autre retrait unique ou sporadique.

Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'Inception Biosciences Inc. ait reçu un avis par écrit de ma/notre part au sujet de tout changement ou résiliation. Cet avis devra être reçu au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue pour le prochain retrait à l'adresse indiquée ci-dessous. Je peux obtenir/Nous pouvons obtenir un échantillon de formulaire d'annulation ou plus d'information au sujet de mon/notre droit d'annuler une entente de DPA auprès de mon/notre institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Inception Biosciences ne peut céder cette autorisation, directement ou indirectement, par l'exécution de la loi, lors d'un changement de contrôle ou autrement, sans me/nous fournir un préavis par écrit d'au moins dix (10) jours.

J'ai/Nous avons certains droits de recours si un retrait ne se conforme pas à cette entente. Par exemple, j'ai/nous avons le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou ne se conformant pas à cette entente. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour de plus amples renseignements au sujet de mes/nos droits de recours, je peux/nous pouvons contacter mon/notre institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

### **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Nom(s) : \_\_\_\_\_ Code d'identité Inception : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (Rés.) \_\_\_\_\_ (Bur.) \_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

<b>Signature(s) autorisée(s) :</b>		<b>Date:</b>	
------------------------------------	--	--------------	--

<< Annexe chèque marqué NUL >>

### **Une fois complété:**

**Télécopier au 905-602-8404 (a/s service à la clientèle) ou scanner et envoyer par courriel à [CS@inception.com](mailto:CS@inception.com)**

(Un spécialiste des services à la clientèle communiquera avec vous pour finaliser la transaction)



**Inception Lifebank**  
Canada's #1 Cord Blood Program

INSCEPTION LIFE BANK  
PROGRAMME DE SANG OMBICAL  
1-1620, avenue Tech  
Mississauga, Ontario L4W 5P4

**FAX**

Dest. :	Services à la clientèle	Envoyeur :	
Fax :	905.206.2798	Pages :	
Tél. :	1.866.606.2790 ou 905.206.2790	Date :	
Objet :		Courriel :	

Commentaires

Cette communication (y compris les pièces jointes) est réservée à l'usage exclusif du destinataire (des destinataires) et peut contenir des informations privilégiées, confidentielles et exemptées de divulgation selon la loi ou protégées par les droits de publication. Si vous n'êtes pas un destinataire, toute utilisation, divulgation, distribution, reproduction, examen ou copie est non-autorisée et prohibée. Si vous avez reçu cette communication par erreur, veuillez aviser l'expéditeur immédiatement par téléphone 1-866-606-2790. Merci