

FORMULARIO DE RECLAMO DE OMISIONES

Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre Artístico/Apodo: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

De Cuenta de Participante (si se sabe): _____

Título de Canción o Álbum: _____

Artista: _____

Número de Identificación del Título (si se sabe): _____

Instrumento / Servicio Realizado: _____

Fecha(s) de Sesión: _____

Ciudad / Estudio: _____

Por favor adjunte cualquier documento que tenga para respaldar su reclamo.

Comentarios adicionales, preguntas y/o información importante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo, fax o correo electrónico a omissions@afmsagaftfund.org. Por favor asegúrese de que la información sea clara y legible.

Para preguntas sobre el proceso de omisiones, llame al (818) 255-7980, ext. 4010

IMPRIMA LA FORMA - FIRMA REQUIRIDA

Al firmar y enviar este formulario, usted reconoce que ha leído y aceptado los siguientes Términos y Condiciones:

Yo autorizo a AFM & SAG-AFTRA Intellectual Property Rights Distribution Fund ("FUND") y SAG-AFTRA and Industry Sound Recordings Distribution Fund ("SRDF") que utilicen la información de mi perfil cuando corresponda para fines de distribución. Además, entiendo que mi información puede compartirse con cualquier entidad que el FUND pueda administrar/distribuir en mi nombre, ahora y en el futuro. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la cancele por escrito y sea firmada con la fecha.

AFM & SAG-AFTRA FUND tiene el derecho de decisión final en todas las reclamaciones por omisión.