



### Garantie d'admissibilité du bénéficiaire

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (le « Bénéficiaire »), de la ville de \_\_\_\_\_, province de \_\_\_\_\_, déclare et garantis par les présentes à la Musicians' Rights Organization Canada (« MROC » — Société canadienne de gestion des droits des musiciens) avoir droit de recevoir, compte tenu des motifs indiqués ci-dessous, les redevances ou la rémunération dues à : \_\_\_\_\_ (le « Défunt ») qui est décédé le \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Motif(s) d'admissibilité (cochez une case ou plus) :

- \_\_\_\_\_ Je suis un bénéficiaire en vertu du dernier testament du Défunt (le « Testament »);  
\_\_\_\_\_ Il n'y a pas de Testament et je suis un héritier légal du Défunt;  
\_\_\_\_\_ Je suis l'exécuteur ou administrateur de la succession du Défunt;  
\_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_.

Pourcentage des droits détenus :

[  ] J'ai droit à **100 %** des redevances ou de la rémunération totales dues en ma capacité d'exécuteur ou administrateur de la succession du Défunt; ou à titre de bénéficiaire unique en vertu du Testament; ou à titre d'héritier légal unique du Défunt; OU

[  ] Je suis un bénéficiaire conjoint en vertu du Testament ou je suis un des héritiers légaux du Défunt, et nous avons convenu la répartition suivante des redevances ou de la rémunération totales payables (sous réserve de la réception par la MROC des formulaires de garantie des autres bénéficiaires) :

<u>Noms des bénéficiaires conjoints</u>	<u>Pourcentages convenus</u>
Moi-même	___ %
_____	___ %
_____	___ %
_____	___ %

**Je comprends que la MROC se fie à la garantie ci-dessus pour verser les redevances futures dues ou la rémunération future due au Défunt.** Si, pour quelque raison, je n'ai pas droit à ces versements, je m'engage à les remettre immédiatement à MROC; et d'indemniser et garantir MROC à l'égard de tous les coûts, dépenses, pertes ou dommages que MROC pourrait subir en raison de versements qui m'ont été faits sans que je n'y aie droit.

Je m'engage à être lié par les modalités de la présente garantie.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

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

Numéros de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale/numéro d'entreprise : \_\_\_\_\_ aux fins de déclarations fiscales.  
*Si vous n'êtes pas résident du Canada, veuillez fournir l'identité fiscale utilisée dans vos déclarations de revenus.*