



Associated Bodywork & Massage Professionals

Solicitud de membresía de estudiante

Envíe por correo o fax. Los formularios de solicitud incompletos no pueden ser procesados. Por favor, escriba toda la información con tinta negra o azul.

1271 Sugarbush Drive
Evergreen, CO 80439-9766
www.abmp.com
expectmore@abmp.com
800-458-2267 • fax 800-667-8260

información personal

Nombre legal _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo M F

E-mail _____ @ _____

capacitación

Institución académica _____

Nº de identificación de ABMP _____

La institución académica del estudiante recibirá créditos por referencia cuando el miembro estudiante de ABMP ascienda al nivel de membresía Diplomado, Profesional, o Practicante.

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Duración del curso _____ horas

Fecha de iniciación ____ / ____ / ____

Fecha de culminación ____ / ____ / ____

La membresía de estudiante de ABMP sólo provee cobertura de seguro de responsabilidad civil mientras usted esté inscripto en la institución académica.

membresía

Membresía de estudiante CON seguro de responsabilidad civil

- \$65—hasta 12 meses en escuela
- \$95—12 a 18 meses en escuela
- \$125—18 a 24 meses en escuela

Membresía de estudiante SIN seguro de responsabilidad civil

- \$45—hasta 12 meses en escuela
- \$65—12 a 18 meses en escuela
- \$85—18 a 24 meses en escuela

Membresía de estudiante puede ser renovado, si Ud. se queda en la escuela y si no practica por compensación. El seguro de responsabilidad civil no cubre estudiantes que practican por compensación.

forma de pago

Cuotas de membresía \$ _____

Procesamiento estándar—7-10 días SIN CARGO

Servicio de un día—\$15 \$ _____
Documentación de seguro, mandado por fax entre 24 horas.

() _____

Servicio de tres días por correo certificado—\$15 \$ _____

TOTAL \$ _____

No envíe dinero en efectivo. Se cobrarán \$25 por cada cheque devuelto. Una vez aceptada su solicitud, todas las cuotas pagadas a ABMP no serán reembolsadas.

Cheque/Giro postal Visa MC AmEx Discover

Nombre del titular de la tarjeta _____

Firma _____

Nº. de teléfono del titular de la tarjeta () _____
(requirido sólo si es diferente al del solicitante)

Nº. de la tarjeta _____

Fecha de vto. ____ / ____

Los miembros de estudiante de ABMP pueden recibir un precio especial para su primer año después de la culminación—\$150 por nivel de membresía Practicante o Profesional, \$180 por nivel de membresía Certificado.

solicitud de firma y fecha

Comprendo que las cuotas de la membresía que pague a ABMP no son reembolsables, son completamente devengadas desde la fecha del primer día de clase, y no serán prorrateadas. Comprendo que la cobertura de responsabilidad civil profesional provista como un beneficio de Membresía de Estudiante de ABMP incluye cobertura para actividades externas/fuera de la institución siempre que dichas actividades hayan sido aprobadas por la institución académica y sean permitidas por las reglamentaciones gubernamentales estatales y locales aplicables. Comprendo que el plazo de Membresía de Estudiante de ABMP coincide con el primer y último días de clase, que no puede exceder las fechas de membresía elegidas por arriba y que este nivel de membresía NO está disponible para individuos que estén realizando únicamente un curso o seminario de capacitación. Comprendo que se exige a los miembros de ABMP mantener los más elevados estándares de conducta profesional y adherirse estrictamente al Código de Ética de ABMP. Nunca he estado sujeto a incidente alguno, demanda pendiente, litigio o investigación, vinculados a algún hecho sexual, mala conducta, molestia, y/o asalto alguno. Comprendo que mi certificado de membresía me notificará que he sido añadido como un Miembro Individual, con respecto a la cobertura y límites de la Póliza Principal y que la Póliza Principal original puede examinarse en las oficinas de la Asociación o puedo ordenar una copia por un cobro por envío de \$10. Comprendo que la cobertura provista por mi certificado de membresía está sujeta a todos los términos, condiciones, y exclusiones contenidas en la Póliza Principal. El lenguaje utilizado en la Póliza Principal es el lenguaje original. Comprendo además que ABMP provee seguro de responsabilidad civil a los miembros calificados y que la Compañía de Seguros confiará en la información que he suministrado en esta solicitud. Mi firma, que se encuentra a continuación, verifica que he completado la solicitud de membresía de ABMP honestamente y en forma precisa. Comprendo que el incumplimiento del pago requerido y/o falsas declaraciones hechas en esta solicitud o en renovaciones subsiguientes invalidará esta solicitud, concluirá la membresía, y dará por anulada e invalidada mi cobertura de seguro.

X _____
Firma y fecha

ESTA CASILLA ES PARA USO EXCLUSIVO DE ABMP.	
Member ID No. _____	Amount Paid \$ _____
Check No. _____	<input type="checkbox"/> M/V/D/AE
Clerk _____	Date ____ / ____ / ____