

Child Care

INSURANCE PROGRAM APPLICATION

CÓMO ELEGIR SU PROGRAMA DE SEGURO

Los niños vienen en diferentes formas y tamaños. El servicio de cuidado de niños también.

Entonces es importante elegir un programa de seguro para cuidado de niños que se ajuste a sus necesidades. Como proveedor de cuidado de niños, ¿cómo puede elegir la mejor cobertura posible para “sus niños” y su servicio?

Debe considerar la disponibilidad de opciones para ayudarlo a obtener la póliza adecuada. Las opciones incluyen una cobertura para diferentes cantidades de niños y varios niveles de responsabilidad legal.

- ✓ Compañías aseguradoras admitidas
- ✓ Sin exclusiones por mascotas o piscinas
- ✓ Proveedor cubierto (sin costo adicional)
- ✓ Cobertura para los hijos del proveedor (sin costo adicional)
- ✓ Cobertura para sustitutos y ayudantes (sin costo adicional)
- ✓ Cobertura para copropietario del negocio según la licencia (sin costo adicional)
- ✓ Arrendatario nombrado como asegurado adicional (sin costo adicional)
- ✓ Cobertura por maltrato y abuso sexual (sin costo adicional)
- ✓ Cobertura en audiencias administrativas (sin costo adicional)
- ✓ Cobertura del automóvil ajeno utilizado para trabajar (opcional)
- ✓ Plan de pago disponible



Lista de puntos a tener en cuenta en un programa de seguro

- Estabilidad de la compañía aseguradora
- Cobertura por responsabilidad legal proporcionada por compañía aseguradora calificada “A+” por A.M. Best.
- Cobertura según la capacidad de la licencia
- Cobertura por lesiones físicas y daños a la propiedad
- Cobertura por accidentes
- Cobertura por accidentes en paseos
- Cobertura para proveedores, ayudantes, y para los hijos del proveedor.
- Posibilidad de agregar al arrendatario como asegurado adicional
- Cantidad del deducible
- Más recursos e información sobre el cuidado de niños
- Cobertura “por incidente” y no “por reclamos presentados”

Solicitudes y servicio disponibles en Español

**QUE HAY
ADENTRO**
Solicitud, Precios
Información de la Cobertura



ADULTS & CHILDRENS ALLIANCE
2885 Country Drive
St. Paul, MN 55117-2621
Llame gratis en todo el país al (800) 433-8108
Página de Internet: www.acainc.org



Administrado por:
HAYS COMPANIES
IDS Center, Suite 700
80 South 8th Street
Minneapolis, Minnesota 55402

Gastos Médicos por Accidente, y Muerte Accidental y Desmembramiento

Este seguro cubre...

Muerte Accidental y Desmembramiento

Paga una suma total por la pérdida accidental de la vida, de las extremidades o de la vista que suceda dentro de un año del accidente cubierto. El beneficio por muerte es una suma cubierta de \$2,000 por persona asegurada. El beneficio por desmembramiento es un programa de pagos graduales. El beneficio por la pérdida del dedo pulgar y del índice de la misma mano es de \$2,500, y por la pérdida de cualquier miembro es de \$5,000. El límite máximo a pagar por la pérdida de dos extremidades es de \$10,000. Se pagará una sola suma, la suma mayor a la que tenga derecho, por todas las pérdidas que resulten de un accidente.

Gastos Médicos por Accidente

Paga los gastos incurridos por necesidad médica, tratamiento quirúrgico, servicios o suministros si los primeros gastos han sido incurridos dentro de un año de la fecha del accidente cubierto. Por cualquier accidente, se pagarán gastos cubiertos usuales y acostumbrados hasta un máximo de \$10,000 si éstos han sido incurridos dentro de un año de la fecha del accidente. Sin embargo, el límite máximo por gastos dentales es de \$1,000 por cada asegurado.

Disposición de Exceso de Cobertura

Esta disposición de exceso de cobertura se aplica sólo a proveedores y sustitutos. El monto a pagar de alguna otra forma según el beneficio para Gastos Médicos por Accidente será reducido por el monto total de los beneficios del Plan de Salud o por el monto de cualquier otro seguro médico cobrable y válido que el proveedor tenga.

Deducible - \$25.00 por incidente

Los beneficios de Seguro por Accidente son pagaderos por lesiones que resulten directa e independientemente de todas las demás causas, de un accidente cubierto, durante la vigencia de la cobertura.

EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre ninguna pérdida que sea resultado total o parcial, o contribuido por una de las siguientes, incluso si la causa inmediata de la pérdida es una lesión accidental, a menos que sea cubierta bajo esta póliza por Beneficios Adicionales:

- Suicidio, auto destrucción, tentativa de auto destrucción o lesión autoinflingida intencional en sano juicio o no. Esta exclusión solo aplica para el BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS Y DENTALES POR ACCIDENTE.
- Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada. Esta exclusión no aplica por terrorismo.
- Infecciones, enfermedades o cualquier infección bacterial. Esto no excluye infección bacterial resultante de una lesión; o ingestión involuntaria o inhalación de veneno, drogas, narcóticos, gas o humo, u otras sustancias destructivas o intoxicaciones alimenticias accidentales.
- Ingestión voluntaria de narcóticos, a menos que sean recetados y tomados de acuerdo a las indicaciones del médico.
- Anteojos, lentes de contacto y audífonos.

¿Quién es elegible?

Los hijos del proveedor *(Sólo cobertura por accidentes)*.

Los niños y la guardería para los cuales el proveedor tiene licencia.

Se proporciona cobertura para...

lesiones accidentales en el establecimiento para el cuidado de niños y

lesiones accidentales en otros lugares bajo la supervisión directa del proveedor.

Responsabilidad

Este seguro cubre...

- lesiones físicas y daños a la propiedad que resulten del manejo del cuidado de niños;
- daños personales que incluyen difamación, calumnias, desalojos injustos (o invasiones) y acusación con malicia;
- reclamos de cobertura legal por mala práctica accidental, por no proveer asistencia médica necesaria, dietas adecuadas ni satisfacer necesidades especiales.
- cobertura por maltrato y abuso sexual de \$100,000 por incidente, límite agregado de \$100,000;
- cobertura por lesiones provocadas por animales \$25,000 por incidente, límite agregado de \$50,000;
- accidentes en paseos;
- al arrendatario como asegurado adicional; y
- no se aplican deducibles.

* * *

- ◆ La cobertura es para proveedores con licencia de cuidado de niños en el hogar.
- ◆ Esta póliza excluye cobertura para responsabilidad legal en accidentes automovilísticos
- ◆ Esta póliza no cubre compensación para trabajadores (worker's compensation).
- ◆ Ésta es una pequeña descripción de la cobertura y no tiene la intención de corregir ni alterar las condiciones y los términos de la póliza.
- ◆ Si desea revisar la póliza completa, solicítela en la oficina de Adults & Childrens Alliance.

Cobertura opcional del automóvil ajeno

Usted está cubierto cuando usa un automóvil que no le pertenece para trabajar. Límites: \$125,000 por lesiones físicas y por daños a la propiedad.



SOLICITUD PARA SEGURO DE CUIDADO DE NIÑOS

Nosotros hablamos Español. Complete toda la información en letra imprenta clara o a máquina.

05/09 NY

Nombre:		Apellido:		Teléfono (Código de Area):	
Dirección del local autorizado				Dirección Electrónica:	
Ciudad:		Estado: NY		Código postal:	
Número de licencia: Fecha de inicio y vencimiento de la licencia:		Tipo de Licencia: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Grupo Familiar	Número de niños autorizados (incluyendo parientes):		Número de niños actualmente inscritos.
¿Está usted arrendando? (encierre una opción) SI NO		Nombre del Arrendatario:		Dirección del arrendatario:	
¿Alguna vez su licencia ha sido revocada o suspendida? (encierre una opción) SI NO Si contestó si, explique:				Años de experiencia en el cuidado de niños:	
¿Se ha presentado algún reclamo de responsabilidad-o demanda en su contra en los últimos 5 años? (encierre una opción) SI NO Si contestó si, explique:					
¿Alguna vez el seguro por el manejo del cuidado de niños ha sido cancelado o no renovado? (encierre una opción) SI NO Si contestó si, explique:					
¿Usted tiene mascotas? (encierre una opción) SI NO Si contestó si, descríbalas (si son perros, describa la raza o mezcla de razas)					
Limite de Cobertura (Seleccione una):		FAMILIAR		GRUPO FAMILIAR	
SELECCIONE el límite de cobertura: Todos incluyen Cobertura por Muerte Accidental, Desmembramiento y Gastos Médicos por Accidente de \$10,000; Cobertura por Maltrato y Abuso Sexual de \$100,000 por incidente, un límite agregado de \$100,000; Cobertura por Lesiones provocadas por Animales \$25,000 por incidente, un límite agregado de \$50,000. * Los límites presentados son por incidente y agregados.		<input type="checkbox"/> Responsabilidad \$300,000/\$600,000*		<input type="checkbox"/> Responsabilidad \$300,000/\$600,000*	
		<input type="checkbox"/> Responsabilidad \$500,000/\$1,000,000*		<input type="checkbox"/> Responsabilidad \$500,000/\$1,000,000*	
		<input type="checkbox"/> Responsabilidad \$1,000,000/\$2,000,000*		<input type="checkbox"/> Responsabilidad \$1,000,000/\$2,000,000*	
				Seleccione Prima Total o por Cuotas <input type="checkbox"/> Prima Total <input type="checkbox"/> Cuotas	
ANOTE el valor de la prima, que se encuentra en la página de atrás, de la cobertura seleccionada:					
Cargo por el Servicio por cada cuota:				\$7.00	
ANOTE la prima de la cobertura opcional del automóvil ajeno de \$110.00 por un año.					
Cuota de membresía del "Servicio de Cuidado de Niños" (\$43.00 anual) * Se requiere membresía.				\$43.00 \$43.00	
VALOR TOTAL ENVIADO					
FECHA DE VIGENCIA PARA EL SEGURO SOLICITADO					
LISTE "ASOCIACION COMUNITARIA" (Opcional, detalles al reverso)					
La vigencia de la cobertura se basa en la licencia del solicitante como proveedor del cuidado de niños familiar o de grupo, según las regulaciones de la oficina de Niños y Servicios Familiares del Estado de New York. Las primas cobradas por estos programas se basan en la membresía en el "Sistema del Servicio de Cuidado de Niños" de Adults & Childrens Alliance. Entiendo que recibiré un Certificado de Seguro (entre 4 y 6 semanas de la fecha de vigencia), el cual es la evidencia de la cobertura, que me hace participante en la póliza emitida por Adults & Childrens Alliance, Inc. La prima total o la primera cuota debe ser pagada al momento de la inscripción. Yo certifico que la información y las declaraciones en este formulario son ciertas y correctas según mi leal saber y entender. La cobertura será cancelada si la licencia es revocada o está operando cuando ha sido suspendida.					
Firma:				Fecha:	

(EMITE UN CHEQUE A NOMBRE DE ADULTS & CHILDRENS ALLIANCE)

ENVIE EL CHEQUE Y LA SOLICITUD A
ADULTS & CHILDRENS ALLIANCE
2885 Country Drive, Suite 165
Saint Paul, Minnesota 55117-2621

PARA USO INTERNO

Número de Membresía:	Fecha de recepción:	Fecha de entrada en vigencia.
----------------------	---------------------	-------------------------------

TARIFAS DE GRUPO PARA NEW YORK*

Tarifas vigentes a partir del 1 de Enero de 2008

En las tablas siguientes seleccione el territorio en el cual esta ubicado su cuidado de niños.

Seleccione su pago total o en cuotas. Si seleccionó pagar en cuotas, debe hacer el primer pago al momento de la inscripción. Se enviarán cinco recibos de pago, uno cada 30 días. Use las tablas de abajo para determinar el valor de la prima. Escriba el valor de la prima en la casilla correcta de la solicitud.

PRIMA TOTAL PAGADERA AL MOMENTO DE LA INSCRIPCION O PRIMER PAGO MAS EL CARGO POR EL SERVICIO PAGADERO AL MOMENTO DE LA INSCRIPCION.

Cobramos un cargo adicional por cada cheque devuelto por insuficiencia de fondos. Se impone un cargo adicional por el servicio de \$7.00 por cada cuota.**

LIMITES MAXIMOS DISPONIBLES PARA PRIMAS ANUALES (UN AÑO)

**Incluye un máximo de cobertura por gastos médicos por accidente, muerte accidental y cobertura por desmembramiento accidental de \$10,000.*

TERRITORIO 1						
Si los tres primeros dígitos de su Código Postal son: 100, 101, 102, 103, 104, 111, 112, 113, 114, 116						
TIPO De LICENCIA	Responsabilidad \$300,000 Por Incidente \$600,000 Agregado		Responsabilidad \$500,000 Por Incidente \$1,000,000 Agregado		Responsabilidad \$1,000,000 Por Incidente \$2,000,000 Agregado	
	Pago Total	**Cuotas	Pago Total	**Cuotas	Pago Total	**Cuotas
FAMILIAR	\$708	\$118	\$750	\$125	\$786	\$131
GRUPO	\$1,410	\$235	\$1,494	\$249	\$1,560	\$260

TERRITORIO 2						
Si los tres primeros dígitos de su Código Postal son: 110, 115, 117, 142						
TIPO De LICENCIA	Responsabilidad \$300,000 Por Incidente \$600,000 Agregado		Responsabilidad \$500,000 Por Incidente \$1,000,000 Agregado		Responsabilidad \$1,000,000 Por Incidente \$2,000,000 Agregado	
	Pago Total	**Cuotas	Pago Total	**Cuotas	Pago Total	**Cuotas
FAMILIAR	\$498	\$83	\$528	\$88	\$552	\$92
GRUPO	\$984	\$164	\$1,044	\$174	\$1,092	\$182

TERRITORIO 3						
Códigos Postales restantes						
TIPO De LICENCIA	Responsabilidad \$300,000 Por Incidente \$600,000 Agregado		Responsabilidad \$500,000 Por Incidente \$1,000,000 Agregado		Responsabilidad \$1,000,000 Por Incidente \$2,000,000 Agregado	
	Pago Total	**Cuotas	Pago Total	**Cuotas	Pago Total	**Cuotas
FAMILIAR	\$318	\$53	\$330	\$55	\$348	\$58
GRUPO	\$618	\$103	\$654	\$109	\$684	\$114