

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



**¡Nuevas
tarifas más
bajas!**

**ACA - MÁS QUE UN
SEGURO
AFÍLIESE A NOSOTROS**

- ✓ 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



ADULTS & CHILDRENS ALLIANCE
Los Angeles, CA/St. Paul, MN
Llame gratis de todo el país al (800) 433-8108
Página de Internet: www.aca-inc.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 sucedido 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 extremidad 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.

No cubre:

- afecciones, enfermedades, infecciones bacterianas no causadas por heridas, cortes o intoxicaciones alimenticias accidentales;
- costos de servicios médicos prestados por personas empleadas o contratadas por el titular de la póliza o prestados por la persona cubierta o un miembro de su familia;
- guerras declaradas o no declaradas, o actos de guerra;
- reparación, reemplazo, examen o ajuste de anteojos o lentes de contacto, audífonos, frenillos y accesorios;
- cualquier viaje, excepto viajes planeados y proporcionados por el proveedor;
- accidentes ocurridos mientras el asegurado se encontraba bajo los efectos del alcohol o cualquier narcótico que no estaba prescrito por un médico;
- cualquier lesión autoinflingida, suicidio o intento de suicidio
- accidentes de vehículos donde el conductor no tiene licencia de manejo válida.

¿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 por...

Lesión accidental en el establecimiento para el cuidado de niños

Lesión accidental 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
- no se aplican deducibles.

* * *

- ◆ La cobertura es para proveedores con licencia de cuidado de niños en el hogar.
- ◆ Esta póliza excluye cobertura por 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 de imprenta clara o a máquina.

05/09 CA

Nombre		Apellido		Teléfono (Código de Área):	
Dirección del local autorizado:				Dirección Electrónica:	
Ciudad:		Estado: CA		Código Postal:	
Número de licencia:		Fecha de inicio y vencimiento de la licencia:		Tipo de licencia: <input type="checkbox"/> 1 a 8 <input type="checkbox"/> 7 a 14	
¿Está usted arrendando? (encierre una opción) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Nombre del Arrendatario:		Dirección del Arrendatario:	
¿Alguna vez su licencia ha sido revocada o suspendida? (encierre una opción) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó SÍ, 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) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó SÍ, explique:					
¿Alguna vez el seguro por el manejo del cuidado de niños ha sido cancelado o no renovado? (encierre una opción) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó SÍ, explique:					
¿Usted tiene mascotas? (encierre una opción) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó SÍ, descríbalas (si son perros, describa la raza o mezcla de razas)					
Límite de Cobertura (seleccione una):		Guardería Pequeña de 1 a 8 NIÑOS	Guardería Grande de 7 a 14 NIÑOS	Seleccione Prima Total o Cuotas	
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"/> Prima total	<input type="checkbox"/> Cuotas
		<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*		
ANOTE el valor de la prima, que se encuentra en la siguiente página, según 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					
MENCIONE LA "ASOCIACIÓN COMUNITARIA" (opcional, detalles en la página posterior):					
<p>La vigencia de la cobertura se basa en la licencia del solicitante según las regulaciones del Departamento del Servicios Sociales del estado de California. 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.</p>					
Firma:					Fecha:

(EMITIR UN CHEQUE PAGADERO A ADULTS & CHILDRENS ALLIANCE)

SÓLO PARA USO INTERNO

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

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

Un buen programa de seguros le brindará cobertura en diferentes situaciones. Éstas incluyen lesiones físicas; accidentes en paseos y daños a la propiedad; y cobertura para usted, sus hijos y proveedores sustitutos. Además, cuenta con la ventaja de agregar su arrendatario al seguro sin costo adicional. Por supuesto, también necesita tener en cuenta los costos, requisitos exigidos y otros servicios. El programa de ACA fue desarrollado para tener un precio competitivo. La Membresía en el Sistema de servicio de cuidado de niños le provee las noticias más recientes sobre productos, recursos y cuidado de niños, para ayudarlo a administrar sus servicios, descuentos para asociados, oportunidades de cambio de equipos y servicios de cuidado sustituto. La información en la portada le ayudará a evaluar los programas de seguros para el cuidado de niños. Gracias a esto, escoger su cobertura puede ser tan fácil como el abecedario. Usted debe tener licencia para calificar.

ASOCIACIONES COMUNITARIAS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

Para un mejor servicio a nuestros asociados, una porción de nuestra cuota se destina a ayudar y asistir a organizaciones y asociaciones locales y estatales para el cuidado de niños que satisfacen necesidades específicas en sus comunidades. Usted como asociado puede escoger a cuál asociación u organización, que participe en el programa "Community Partnership" de Alliance, desea ayudar. Mencione la organización (elijá sólo una) en el espacio provisto en la solicitud. Si usted no está seguro si la organización o asociación que desea elegir participa del programa, puede comunicarse con tal organización o asociación, o con la oficina de Alliance. *(Si su asociación u organización no es participante y le gustaría obtener más información, por favor comuníquese con nuestra oficina de Alliance).*

IMPORTANTE: Para asegurarse de completar toda la solicitud, por favor siga la siguiente lista de tareas (si falta información, se demorará su cobertura).

- Complete todas las preguntas. Seleccione la cobertura deseada. Firme y escriba la fecha en la solicitud.
- Incluya la cuota de membresía (a menos que su membresía tenga validez durante el término completo de la nueva póliza).
- Envíe la prima total o la cuota más el cargo por el servicio. (La membresía es requisito para ser aceptado en este programa de seguro de grupo.)

TARIFA DE GRUPO DE CALIFORNIA * PRIMAS ANUALES

Tarifas vigentes a partir del 1 de Enero de 2009

TIPO DE LICENCIA	LÍMITES MÁXIMOS DISPONIBLES					
	<i>*Incluye un máximo de cobertura por muerte accidental y desmembramiento y para gastos médicos por accidente de \$10,000.</i>					
	PRIMA TOTAL PAGADERA AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN O PRIMER PAGO MAS EL CARGO POR EL SERVICIO PAGADERO AL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. Si escogió pagar en cuotas, debe hacer el primer pago como se menciona abajo. Se enviarán siete recibos de pago, uno cada 30 días.					
	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	
Guardería Pequeña 1-8 NIÑOS	\$248	\$31	\$312	\$39	\$424	\$53
Guardería Grande 7-14 NIÑOS	\$440	\$55	\$568	\$71	\$760	\$95

**Se impone un cargo adicional por el servicio de \$7.00 por cada cuota.

Tarifas sujetas a cambio.

Cargo por fondos insuficientes: cobramos un cargo adicional por cada cheque devuelto por insuficiencia de fondos.