

NATIONAL FAMILY

Child Care

INSURANCE PROGRAM APPLICATION

ACC – ¡MAS QUE UN SEGURO, AFILIESE CON NOSOTROS!!!



www.assurechildcare.com

Aseguradora líder en la industria de profesionales del cuidado infantil

¡AHORA DISPONIBLE ONLINE!!!

¡Contestar y enviar en línea!

¡Seguridad al pagar en línea!

¡Reciba cotizaciones en segundos!

¡Elija sus propios límites!

¡Ahorre tiempo y dinero, aproveche todas las noticias, información y artículos que nuestra página web le ofrece!

Los niños vienen en diferentes formas y tamaños, al igual que el servicio al cuidado infantil. Por eso, esperamos ayudarle a elegir el mejor programa para su negocio. Debería ser tan fácil como recurrir a la siguiente lista de puntos...

Lista de puntos para su seguro...

1. ¿Hay estabilidad en la compañía aseguradora?
2. ¿Hay cobertura para el proveedor?
3. ¿Hay cobertura para todos los niños inscritos?
4. ¿Se puede nombrar a otros como asegurados adicionales?
5. Asegúrese que los paseos sean cubiertos...
6. ¿Hay cobertura para otras personas en mi póliza?
7. ¿Hay cobertura por maltrato y abuso sexual?
8. ¿Hay cobertura para el carro ajeno?
9. ¿Hay cobertura por incidentes que no son tan comunes?
10. ¿Hay plan de pagos disponible?

Programa de Assure Child Care...

- ✓ Philadelphia Insurance Co – calificada A++
- ✓ Cobertura para los proveedores - ¡Sin costo adicional!
- ✓ ¡Cobertura según la capacidad de la licencia!
- ✓ Sí, ¡asegurados adicionales pueden ser incluidos!
- ✓ ¡Cobertura para paseos y eventos!
- ✓ Cobertura para sustitutos, ayudantes y los hijos de los proveedores
- ✓ Sí, maltrato y abuso sexual son 100% cubiertos
- ✓ ¡Cobertura del automóvil ajeno disponible como un anexo!
- ✓ ¡Cobertura para audiencias administrativas, mascotas y piscinas!
- ✓ ¡**USTED** elige los pagos que pueda cubrir!



Assure Child Care & Hays Companies
80 South 8th Street, Suite 700
Minneapolis, MN 55402 Phone No.: 612-486-4752
Toll Free: 855-818-KIDS (5437)
Email: info@assurechildcare.com Web: www.assurechildcare.com



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

Responsabilidad

Lesiones físicas y daños a la propiedad que resulten del manejo del cuidado infantil con licencia
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 servicios profesionales de cuidado infantil con licencia
Maltrato y abuso sexual de \$100,000 por incidente, límite agregado de \$100,000
Lesiones provocadas por animales, \$25,000 por incidente, límite agregado de \$50,000
Paseos y eventos
El dueño/a de la propiedad puede ser nombrado como asegurado adicional
Honorarios y gastos por audiencias administrativas - \$5,000 límite
Cobertura opcional del automóvil ajeno- \$125,000 límite

Elegibilidad

Proveedores
Hijos de los proveedores
Los niños y la guardería para los cuales los proveedores tienen licencia
Sustitutas/os (a través de Disposición de Exceso de Cobertura)
Se proporciona cobertura por lesión accidental ocurrida en el establecimiento para el cuidado infantil
Accidentes ocurridos en otros lugares, bajo la supervisión directa del proveedor con licencia.

Este Seguro Cubre

Esta 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 con descripción de cobertura y exclusiones solicítela en la sede corporativa de ACC.

Muerte Accidental y Desmembramiento	Disposición de Exceso de Cobertura	Gastos Médicos por Accidente
<p>Paga una suma total por la pérdida accidental de vida, extremidades o de la visión, sucedido dentro del año de cobertura del accidente. El beneficio por desmembramiento es un programa de pagos graduales. Se pagará una sola suma, la suma mayor a la que tenga derecho por todas las pérdidas que resulten de un accidente.</p> <p>Pólizas efectivas antes de Nov. 1, 2013- Deducible es de \$25.00 Pólizas efectivas Nov. 1, 2013 y después Deducible es \$0.00</p>	<p>Esta disposición de exceso de cobertura se aplica sólo a los proveedores y sustitutos. La suma a pagar de alguna otra forma según el beneficio para Gastos Médicos por Accidente será reducido por el valor total de los beneficios del Plan de Salud o por el valor de cualquier otro seguro médico cobrable y válido que tengan los proveedores. Los beneficios de Seguro por Accidente son pagables por lesiones que resulten de un accidente cubierto durante el período efectivo de la póliza.</p>	<p>Paga los gastos incurridos por necesidad médica, tratamiento quirúrgico, servicios o suministros si los primeros gastos han sido incurridos dentro del año de cobertura de la fecha del accidente. Por cualquier accidente, se pagarán gastos cubiertos usuales y acostumbrados si éstos han sido incurridos dentro de un año de la fecha del accidente. Sin embargo, el límite por gastos dentales es menor y viene separado.</p> <p>Pólizas efectivas antes de Nov. 1, 2013- Deducible es de \$25.00 Pólizas efectivas Nov. 1, 2013 y después Deducible es \$0.00</p>

Este Seguro No Cubre

- ❖ Suicidio, autodestrucción, intento de suicidio o lesiones auto infligidas intencionalmente en sano juicio o demencia. Esta exclusión sólo se aplica al BENEFICIO POR ACCIDENTE MEDICO Y GASTOS DENTALES.
- ❖ Guerra o cualquier acto de Guerra, declarada o no declarada. Esta exclusión no se aplica al terrorismo.
- ❖ Molestias, enfermedades o cualquier infección bacteriana. Esto no excluye infección bacteriana que resulte de una lesión, o ingestión involuntaria o por inhalación de venenos, drogas, narcóticos, gas o vapores u otras sustancias, o intoxicación accidental de alimentos.
- ❖ Ingestión voluntaria de cualquier narcótico, a menos que el narcótico sea prescrito y tomado de acuerdo a las instrucciones de un médico.
- ❖ Anteojos o lentes de contacto y aparatos auditivos.

SOLICITUD DE SEGURO PARA EL PROVEEDOR DEL CUIDADO INFANTIL

¡Ahorre tiempo y molestias aplicando online! Conteste y envíe su solicitud, realice pagos confidenciales con tarjetas de crédito y reciba su certificado, todo a su alcance en www.assurechildcare.com

Nombre: _____ Apellido: _____
 Teléfono: _____ Teléfono del lugar autorizado: _____
 Dirección del local autorizado: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____
 Correo electrónico : _____ Nombre del Negocio _____
 ¿Usted tiene mascotas? : SI NO Si contesto Sí, descríbalas (si es un perro, describa la raza o mezcla de razas): _____

¿Está usted rentando? SI NO Si contesto Sí, escriba nombre del propietario: _____
 Dirección del propietario: _____
 Número de Licencia: _____ Fecha de inicio de la licencia: _____ Fecha de vencimiento de la licencia: _____
 Voy a cuidar _____ Niños a la vez * Capacidad de licencia: _____ Número de niños inscritos: _____
 (Por favor ver la tabla en la próxima página.)

Años de experiencia en el cuidado infantil: _____ ¿Ha sido su licencia revocada o suspendida? SI NO
 Si contestó Sí, por favor explique: _____

¿Se ha presentado algún reclamo de responsabilidad o demanda en su contra en los últimos 5 años? SI NO
 Si contestó Sí, por favor explique: _____

¿Alguna vez el seguro por el manejo del cuidado infantil ha sido cancelado o no renovado? SI NO
 Si contestó Sí, por favor explique: _____

Límite de Cobertura

SELECCIONAR UNA CASILLA DE LIMITE DE COBERTURA

Incidente/Agregado	Cuidado de niños Familiar	<input type="checkbox"/> \$300,000/\$600,000	<input type="checkbox"/> \$500,000/\$1,000,000	<input type="checkbox"/> \$1,000,000/\$3,000,000
--------------------	---------------------------	--	--	--

Ingrese debajo, la prima total o pago inicial mostrados en la próxima página. La "Cantidad Total Enviada" es el pago requerido para el inicio de la cobertura.

Seleccione Prima Total o plan de pago	<input type="checkbox"/> prima total	<input type="checkbox"/> plan de pago
Cantidad a pagar:	\$	\$
Cargo de Servicio por cada pago (No se cobra si usted hace el pago total):	\$0.00	\$7.00
Tarifa Anual de membresía del Servicio de Cuidado infantil (requerida para participar):	\$45.00	\$45.00
Cantidad Subtotal:	\$	\$
Opcional cobertura del automóvil ajeno de \$112 al año:	\$ <i>Opcional</i>	\$ <i>Opcional</i>
Cantidad Total Enviada (Por favor sume y anote el total):	\$	\$

Fecha de vigencia para el seguro solicitado: _____

Ingrese "Asociación Comunitaria" (Opcional, detalles en la página posterior) : _____

La vigencia de la cobertura se basa en la "licencia/registración" del solicitante de acuerdo a las regulaciones en el Estado residente. Las primas cobradas por estos programas se basan en el "Sistema del Servicio de Cuidado Infantil" de Assure Child Care. Entiendo y reconozco que recibiré un Certificado de Seguro (entre 4-6 semanas de la fecha efectiva) demostrando la cobertura proporcionada como participante en la póliza emitida por Assure Child Care, Inc., la prima total o el primer pago debe ser recibido al momento de la inscripción. La cobertura será cancelada si la licencia es revocada o está operando cuando ha sido suspendida.

Es un delito proveer intencionalmente información falsa, incompleta o errónea a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de seguro. Usted reconoce esto, mediante la colocación de su firma vinculada legalmente a continuación.

Firma _____ Número de Membresía _____ Fecha _____

SOLO PARA USO INTERNO:

ENVIAR CHEQUE Y SOLICITUD:

ASSURE CHILD CARE

MI 49

PO BOX 1150

Minneapolis, MN 55480

Número de membresía:	Fecha de Recepción:	Fecha efectiva:
----------------------	---------------------	-----------------

Asociaciones Comunitarias Para El Cuidado Infantil

Para un mejor servicio a nuestros socios, una porción de nuestra tarifa se reserva para ayudar y asistir organizaciones o asociaciones locales y estatales para el cuidado infantil que satisfacen necesidades específicas en sus comunidades. Usted como socio puede escoger a cual asociación u organización que participe en el programa "Community Partnership" desea ayudar. Por favor elija una e ingrésela en el espacio previsto en la solicitud. Si no está seguro si la organización o asociación que desea elegir participa en el programa, puede comunicarse con tal organización o con las oficinas de Assure Child Care. Si su asociación u organización no es participante y le gustaría más información, por favor comuníquese a la oficina de Assure Child Care.

Tarifas De Grupo Nacional¹

Tarifas vigentes **11/01/2012**

* NÚMERO DE NIÑOS	Límites Máximos Disponibles					
	¹ Incluye un máximo de cobertura por muerte accidental, desmembramiento, y para gastos médicos por accidentes de \$10,000.					
	PRIMA TOTAL O PAGO INICIAL, MAS CARGOS POR EL PLAN DE PAGOS, REQUERIDO AL MOMENTO DE INSCRIPCION.					
	Si escogió el plan de pagos, debe hacer el primer pago como se menciona abajo. Se enviaran siete recibos de pago, uno cada 30 días.					
	PRIMAS ANUALES					
\$300,000 Por Incidente \$600,000 Agregado		\$500,000 Por Incidente \$1,000,000 Agregado		\$1,000,000 Por Incidente \$3,000,000 Agregado		
PAGO TOTAL	PAGOS ²	PAGO TOTAL	PAGOS ²	PAGO TOTAL	PAGOS ²	
1-6 Niños	\$320	\$40	\$368	\$46	\$408	\$51
7 Niños	\$344	\$43	\$376	\$47	\$424	\$53
8 Niños	\$400	\$50	\$424	\$53	\$472	\$59
9 Niños	\$464	\$58	\$520	\$65	\$576	\$72
10 Niños	\$520	\$65	\$568	\$71	\$648	\$81
11 Niños	\$560	\$70	\$608	\$76	\$696	\$87
12 Niños	\$632	\$79	\$672	\$84	\$760	\$95
13 Niños	\$672	\$84	\$712	\$89	\$808	\$101
14 Niños	\$712	\$89	\$768	\$96	\$864	\$108
15 Niños	\$752	\$94	\$824	\$103	\$920	\$115
16 Niños	\$792	\$99	\$888	\$111	\$984	\$123
17 Niños	\$824	\$103	\$944	\$118	\$1,040	\$130
18 Niños	\$864	\$108	\$1000	\$125	\$1,096	\$137
19 Niños	\$904	\$113	\$1,056	\$132	\$1,152	\$144
20 Niños	\$944	\$118	\$1,112	\$139	\$1,208	\$151

Cargo por cheques sin fondos: cobramos un cargo adicional por cheques devueltos por insuficiencia de fondos.
²Cargo adicional de \$7.00 por cada pago.
Tarifas sujetas a cambio.

Importante: Lista de requisitos

Para asegurarse de completar toda la solicitud, por favor siga la siguiente lista. La falta de información podría causar demora en el proceso de inicio de la cobertura.

<input type="checkbox"/> Conteste todas las preguntas	<input type="checkbox"/> Seleccione límite de cobertura	<input type="checkbox"/> Firma y fecha en la solicitud
<input type="checkbox"/> Incluya el pago de membresía		
<input type="checkbox"/> Incluya la prima total o pago inicial más el cargo por el servicio de pago		