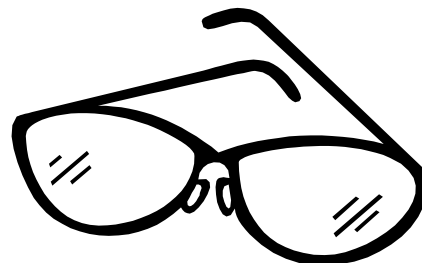


Statement of Claim of Out-of-Network Optical Benefits/ **Reclamación de beneficios ópticos fuera de la red**  
Building Service 32BJ Benefit Funds



Instructions: This form should be completed by the member in black or blue ink./  
Instrucciones: El afiliado debe completar este formulario con tinta azul o negra.

- Important/ **Importante**  
COMPLETE THIS FORM AND ATTACH A PAID ITEMIZED BILL FROM THE EYE DOCTOR./ **COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ADJUNTE UNA CUENTA DETALLADA PAGADA DEL OFTALMÓLOGO.**
- Tape or staple the receipt to the form/ **Pengue o engrape el recibo al formulario**
- Eligible Members/Eligible Dependents are entitled to optical benefits every **TWO** years./ **Los afiliados y dependientes elegibles tienen derecho a recibir beneficios ópticos cada DOS años.**
- Return completed form to:/ **Complete el formulario y envíelo a:**  
Davis Vision  
Vision Care Processing  
P.O. Box 1525  
Latham, N.Y. 12110



If you have any questions please call Member Services at: **(212) 388-3500** or **1-800-550-3225** (outside of NY)/ **Si tiene alguna pregunta, llame al Centro de servicios para afiliados al teléfono: (212) 388-3500 ó 1-800-551-3225** (desde fuera de la ciudad de Nueva York)

Members Name/ **Nombre del afiliado**

Social Security Number/ **Número de Seguro Social**

Street Address/ **Dirección**

Telephone Number/ **Número telefónico**

City/ **Ciudad** State/ **Estado** Zip Code/ **Código postal**

Fax Number/ **Número de fax**

**Mailing Address if different than above/ Domicilio postal en caso de que difiera del mencionado anteriormente**

Street Address/ **Dirección**

City/ **Ciudad** State/ **Estado** Zip Code/ **Código postal**

**If the claim is for a dependent:**

Name of dependent/ **Nombre del dependiente**

Relationship to Member/ **Relación con el afiliado**

Date of Birth of Dependent  
**Fecha de nacimiento del dependiente**

I certify that the information furnished by me in support of this claim is true and correct./ **Certifico que la información que proporcioné como respaldo a esta reclamación es correcta y verdadera.**

Members signature/ **Firma del afiliado**

Date/ **Fecha**