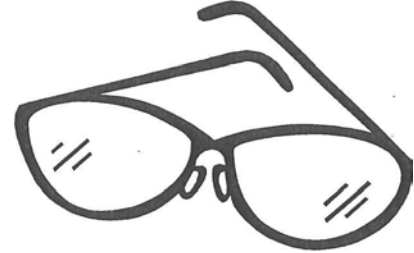


Statement of Claim of Out-of-Network Optical Benefits/ Reclamacion de  
beneficios opticos fuera de la red  
Building Service 32BJ Benefit Funds



**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  
OFTALMOLOGO.
- Tape or staple the receipt to the form/ Pengué 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  
opticos 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 **1-800-551-3225** (outside of NY)/ Si tiene  
alguna pregunta, llame al Centro de servicios para afiliados al telefono: **(212) 388-3500** o **1-800-551-3225** (desde fuera de la  
ciudad de Nueva York)

\_\_\_\_\_  
Members Name/ Nombre del afiliado

\_\_\_\_\_  
Davis Vision/ ID Number/ Número de Identificación de Davis Vision

\_\_\_\_\_  
Street Address/ Direccion

\_\_\_\_\_  
Telephone Number/ Numero telefonico

\_\_\_\_\_  
City/ Ciudad    State/ Estado    Zip Code/Codigo postal

\_\_\_\_\_  
Fax Number/ Numero de fax

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

\_\_\_\_\_  
Street Address/ Direccion

\_\_\_\_\_  
City/ Ciudad    State/ Estado    Zip Code/ Codigo postal

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

\_\_\_\_\_  
Name of dependent/ Nombre del dependiente

\_\_\_\_\_  
Relationship to Member/ Relacion  
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 informacion que propor-  
cione como respaldo a esta reclamacion es correcta y verdadera.

\_\_\_\_\_  
Members signature/ Firma del afiliado

\_\_\_\_\_  
Date/ Fecha