

**VISION CARE AND LIFE INSURANCE BENEFITS**

The benefits described below are only available if your employer pays the contribution required for that benefit. You may be eligible for one or all of the described benefits, depending on the amount being paid by your employer. If you are in doubt as to what benefits you are entitled to, check with your employer or the Administrative Office.

**VISION CARE BENEFITS**

Vision care benefits are provided by the Welfare Fund. Services may be obtained from the provider of your choice. If you are enrolled in Kaiser, eye exams are available for a \$20.00 co-payment when authorized by Kaiser. If, while eligible, you or one of your eligible dependents incur expenses for vision care, the following benefits will apply:

Benefits Payable:

Eye Exam (one per year) . . . . .	\$40.00	Tri-focal Lenses . . . . .	\$70.00
Frames . . . . .	40.00	Lenticular Lenses . . . . .	120.00
Single Vision Lenses . . . . .	40.00	Contact Lenses . . . . .	125.00
Bi Focal Lenses . . . . .	50.00		

Vision benefits for an eye exam, frames and lenses are limited to once per calendar year\*. The contact lens benefit is payable more than once up to the maximum amount allowed in a calendar year.

\*The calendar year limits do not apply to pediatric vision benefits (ages 8 through 18).

**LIFE INSURANCE BENEFITS**

If you or one of your eligible dependents should die while eligible, life insurance benefits will be paid as follows:

<b>Life Insurance:</b>		<b>Accidental Death &amp; Dismemberment</b>
Active Employees:	\$10,000.00	Maximum of \$10,000.00
Dependents of Active Employees:		
Spouse	\$2,000.00	
Children		
14 days to 6 months	\$100.00	
6 months to 26 years	\$1,000.00	

If you would like to change your beneficiary or if you have not previously made a designation, please request a Beneficiary Designation Card be sent to you. You may call the Administrative Office or complete and return the enclosed postage paid postcard.

**DISCLAIMER:**

THE VISION CARE BENEFITS DESCRIBED IN THIS MATERIAL ARE NOT INSURED BY ANY CONTRACT OF INSURANCE AND THERE IS NO LIABILITY ON THE BOARD OF TRUSTEES OR ANY INDIVIDUAL OR ENTITY TO PROVIDE PAYMENT OVER AND BEYOND THE AMOUNTS IN THE FUND COLLECTED AND AVAILABLE FOR SUCH PURPOSE.

**BENEFICIOS DE CUIDADFO DEL LA VISTA Y SEGURO DE VIDA**

Sin importar el plan médico en el que used se inscriba , usted y sus dependientes elegibles son elegibles para los beneficios que se describen en esta página. Usted puede ser elegible para uno o tódos estos beneficios. Si usted tiene dudas en cuanto al aporte de contribucion para beneficios, puede verificar con su empleador o comuniquese con la Oficina Administrativa.

**BENEFICIOS DE CUIDADOS PARA LA VISTA**

El Fondo de Bienestar provee cuidado para la vista para todos los miembros elegibles y sus dependientes. Los servicios pueden ser obtenidos por el optometrista que usted escoga. Si usted pertenece a Kaiser, le ofrecen exámenes de las vista pagando \$20.00 de co-pago cuando lo autoriza Kaiser. Si mientras usted es elegible, usted o sus dependientes elegibles obtienen servicios de optometria, los siguientes beneficios corresponden:

<b>Beneficios pagaderos</b>			
Examen de Ojos (uno por año).....	\$40.00	Lentes Tri-focales .....	\$ 70.00
Armazón.....	40.00	Lentes Lenticulares.....	120.00
Lentes de Visión Singular .....	40.00	Lentes de Contacto .....	125.00
Lentes Bi-focales.....	50.00		

El beneficio de optometria para examinación de los ojos, lentes y armazón es limitado a una vez por año calendario\*. El beneficio maximo por lentes de contacto se pagara por uno o mas pares de lentes de contacto hasta el beneficio maximo de lentes de contacto por año calendario.

\* Los límites del año calendario no se aplican a los beneficios de visión pediátrica (edades de 8 a 18).

**BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA**

Si usted o alguno de sus dependientes elegibles muriera minentras usted es elegible, los beneficios de seguro de vida se pagarán de la siguiente manera:

<b>Seguro de Vida:</b>		<b>Muerte Accidental y Desmembramiento:</b>
Empleados Activos	\$10,000.00	Máximo de \$10,000.00
Dependientes de Empleados Activos:		
Cónyuge	\$2,000.00	
Hijos		
14 dias a seis meses	\$ 100.00	
6 meses a 26 años	\$1,000.00	

Si usted quisiera cambiar su beneficiario, o si no ha designado todavía a su beneficiarió, entonces pida una tarjeta de designación de beneficiario. Usted puede llamar a la Oficina Administrativa y regresarla completa en el sobre pre-pagado que se le facilitará.

**LIBERACION DE RESPONSABILIDAD:**

LOS BENEFICIOS PARA CUIDADOS DE LA VISTA DESCRIBIDOS EN ESTE MATERAL NO ESTAN ASEGUARDOS POR NINGUN CONTRATO DE SEGURO Y NO EXISTE RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DE LA JUNTA DE SINDICOS NI DE NADIE DE PAGAR MAS DE LO QUE EL FONDO A RECAUDADO Y HAY DISPONSIBLE EN EL FONDO PARA TAL PROPOSITO.