



TRANSPORT WORKERS UNION

OF GREATER NEW YORK • AFL-CIO • LOCAL 100

Tony Utano
President

Earl Phillips
Secretary Treasurer

LaTonya Crisp-Sauray
Recording Secretary

Nelson Rivera
Administrative VP

Abril del 2017

Estimados Miembros,

Nos complace anunciar, efectivo del 1ro de Abril del 2018, usted y su familia, esposos e hijos dependientes incluyendo aquellos niños entre 19-23 años de edad que están matriculados a tiempo completo podrán participar de un nuevo beneficio.

Este programa ofrece a los participantes elegibles un examen de la vista comprehensiva que incluye el examen de Cataratas y detección de Glaucoma, una selección de marcos de diseñador de GVS y lentes o lentes de contacto por el suministro de un año. Por favor, vea los Beneficios de la vista al reverso de esta página.

Para participar, usted debe registrarse con General Vision Services (GVS) y llene el certificado adjunto el formulario de inscripción. El costo de este servicio será un pago único de \$114.00. Este beneficio cubrira los servicios una vez al año para los participantes elegibles. La Forma de Inscripción debe ir acompañada con un **Cheque Bancario o un Giro Postal solamente.**

Usted tendrá la oportunidad de inscribirse en este plan efectivo 2018. Después de inscribirse usted y sus dependientes elegibles serán cubiertos a partir de Abril 1, 2018.

La inscripción abierta para los nuevos empleados y sus dependientes será 30 días a partir del primer día de su empleo.

Una vez que usted esté inscrito se puede ir a la página web de GVS (www.generalvision.com), ingresar su número de beneficios (8120) y comprobar su elegibilidad, ver/imprimir su resumen de beneficios, fijar una cita y buscar ubicaciones.

Por favor, de mandar un Cheque Bancario o un Giro Postal a nombre de "General Vision Services" y enviar el formulario completo, a:

**General Vision Services
Departamento De Atención al Cliente
520 Eighth Avenue, Suite 900, New York, New York 10018**

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame a la línea de Consejería de GVS al 1-855-653-0584.

Fraternamente,

Tony Utano

Presidente, TWU Local 100

TWU Local 100/P.B.L. – SCHOOL BUSES 2018 BENEFICIO DE VISION

EN LA RED

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	TWU CO-PAGO	FRECUENCIA
Examen	Examen integral de la vista	0	Cada 12 meses
PRESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN	TWU CO-PAGO	FRECUENCIA
Monturas	\$325 hacia una selección de marcos de diseño de GVS	0	Cada 12 meses
Lentes	Monofocales	0	Cada 12 meses
	Bifocales Alineados	0	
	Trifocales Alineados	0	
	Bifocales Combinados	0	
	Progresivos	0	
	Lente de Cristal Monofocales	0	Cada 12 meses
	Lente de Cristal Bifocales	0	
	Lente de Cristal Progresivos	0	
	Lente de Tamaño Grande	0	
Opciones De Lentes	Tendió	0	
	Resistente a Ralladuras	0	
	Capa UV	0	
	Lentes Monofocales de Policarbonato (menos de 19 años)	0	
	Capa Anti Reflectantes	0	
	Lentes Monofocales de Policarbonato (más de 19 años)	\$ 30	
	Transición Monofocal	\$ 60	
	Transición Bifocal	\$ 80	
	Transición Varilux o Similar	\$ 210	
	Varilux Comfort Progresivo o Similar	\$ 150	
	Lente de Alto Índice Monofocal	\$ 75	
	Lente de Alto Índice Bifocal	\$ 75	
	Lente de Alto Índice 1.60 Monofocal	\$ 40	
	Lente de Alto Índice 1.66 Monofocal	\$ 69	
	Anti Reflectante Prima	\$ 48	
	Anti Reflectante Ultra	\$ 60	
Polarizada	\$ 74		
LENTES DE CONTACTO	DESCRIPCIÓN	TWU CO-PAGO	FRECUENCIA
Lentes De Contacto	Provisión de un año de Desechables	0	Cada 12 meses
Ahorros Adicionales	40% de descuento de lentes y lentes de sol con receta, incluyendo opciones de lentes no especificados anteriormente. 25% de descuento para miembros o dependientes de medicamento vendido sobre el mostrador. Por ejemplo gotas, cremas, parchos, solución de limpieza, estuches para lentes adicionales, paños de limpieza y cadenas de anteojos.		



TWU Local 100/P.B.L. - SCHOOL BUSES

INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS DE VISION/ FORMULARIO DE CAMBIOS

Formularios incompletos no serán procesados

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO Inscripción Nueva Modificación

<p>Nombre _____</p> <p>Segundo Nombre _____</p> <p>Apellido _____</p> <p>Numero de Contacto _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino</p> <p>ESTADO MATRIMONIAL <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Pareja Domestica <input type="radio"/> Divorciado/Viudo(a)</p>	<p>Dirección _____</p> <p>Cuidad _____</p> <p>Estado _____ Código Postal _____</p> <p>Seguro Social _____ Fecha Designada _____</p> <p>Correo Electrónico _____</p>
--	---

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE: Esposo(a), Pareja Domestica o Dependientes solteros. Elegibilidad de dependientes se rige por el contrato del grupo. Dependientes entre 19 a 23 años de edad son cubiertos solo si están inscritos en la Universidad a tiempo completo.

<p><input type="radio"/> Añadir <input type="radio"/> Eliminar</p> <p>Apellido _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino</p> <p>RELACIÓN <input type="radio"/> Esposo(a)/Pareja Domestica <input type="radio"/> Hijo(a)</p> <p><i>Si es estudiante, por favor de proporcionar un comprobante de inscripción:</i></p> <p>Nombre de la Escuela _____</p> <p>Numero de Identificación _____</p> <hr/> <p><input type="radio"/> Añadir <input type="radio"/> Eliminar</p> <p>Apellido _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino</p> <p>RELACIÓN <input type="radio"/> Esposo(a)/Pareja Domestica <input type="radio"/> Hijo(a)</p> <p><i>Si es estudiante, por favor de proporcionar un comprobante de inscripción:</i></p> <p>Nombre de la Escuela _____</p> <p>Numero de Identificación _____</p>	<p><input type="radio"/> Añadir <input type="radio"/> Eliminar</p> <p>Apellido _____</p> <p>Nombre _____</p> <p>Fecha de Nacimiento _____</p> <p>GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino</p> <p>RELACIÓN <input type="radio"/> Esposo(a)/Pareja Domestica <input type="radio"/> Hijo(a)</p> <p><i>Si es estudiante, por favor de proporcionar un comprobante de inscripción:</i></p> <p>Nombre de la Escuela _____</p> <p>Numero de Identificación _____</p>
---	--

Para que GVS complete el proceso de sus beneficios, deben de proporcionar copias de los siguientes documentos:

- Certificado de Matrimonio
- Certificado de Nacimiento de todos sus dependientes
- Copia del Seguro Social de todos sus dependientes
- Papeles de Adopción/Papeles legales de tutela de todos sus dependientes

Por favor de enviar el formulario completado con un giro postal por la cantidad de \$114.00 a:
Departamento de Atención al Cliente
520 8th Avenue, Suite 900, New York, NY 10018

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier reclamación que contenga información falsa o que oculte, con el propósito de engañar comete un acto fraudulento, lo cual es un delito, y estará sujeto a una sanción civil. Beneficios de la vista serán efectivos 90 días después de la fecha de contratación. **Estoy de acuerdo en ser responsable de las reclamaciones presentadas y pagadas como resultado de una acción fraudulenta.**

Firma _____ Fecha _____

USO INTERNO TWU LOCAL100/P.B.L. - SCHOOL BUSES Fecha de Vigencia Terminación



TWU LOCAL 100/P.B.L. - SCHOOL BUSES

FORMULARIO DE CERTIFICACION DE DEPENDIENTE ESTUDIANTIL

Tenga en cuenta que debe presentar su condición de estudiante cada semestre para que su cobertura de dependientes permanezca en vigor.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO: Formularios incompletos no serán procesados

Apellido: _____	Dirección: _____
Nombre: _____	Ciudad: _____
Segundo Nombre: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Numero de contacto: _____	Seguro Social: _____ Fecha Designada: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Correo Electrónico: _____
GÉNERO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
ESTADO CIVIL: <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Pareja Domestica <input type="radio"/> Divorciado/Viudo(a)	

INFORMACION DEL DEPENDIENTE: Dependientes entre 19 a 23 años de edad son cubiertos solo si están inscritos en la Universidad a tiempo completo.

Apellido: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Número de Identificación Escolar: _____

GÉNERO: Masculino Femenino

RELACIÓN Esposo(a)/Pareja Domestica Hijo (a)

Sello de Institucion/Estampar Aquí

Favor de mostrar evidencia de su inscripción

Nombre de la Escuela: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal _____

Semestre:

Otoño Invierno Primavera Verano

Mes/ Año ____ Mes/ Año ____

Mes/ Año ____ Mes/ Año ____

Semestre Comienza: Mes _____ Año _____

Semestre Termina: Mes _____ Año _____

Certifico que mi dependiente _____ cumple con todos los requisitos de elegibilidad como un dependiente estudiantil.

- | | |
|---|---|
| • Entre 19 y 23 años de edad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Soltero(a) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Recibe al menos la mitad de su manutención del empleado o empleado retirado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Es estudiante de tiempo completo en una escuela preparatoria acreditada o en una universidad. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Fecha estimada de graduación:: Mes _____ Año _____

Estoy de acuerdo de informar a General Vision Services de cualquier cambio en la condición de mi hijo(a) dependiente.

Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier reclamación que contenga información falsa o que oculte, con el propósito de engañar comete un acto fraudulento, lo cual es un delito, y estará sujeto a una sanción civil. Beneficios de la vista serán efectivos 90 días después de la fecha de contratación. **Estoy de acuerdo en ser responsable de las reclamaciones presentadas y pagadas como resultado de una acción fraudulenta.**

Firma del Padre/Guardián Legal _____ Fecha: _____

Los Formularios de certificación estudiantil o carta de estudiante que contienen un sello de la Universidad elevado no pueden ser enviados por fax.

General Vision Services
Departamento de Atención al Cliente
520 8th Avenue
Suite 900
New York, New York 10018

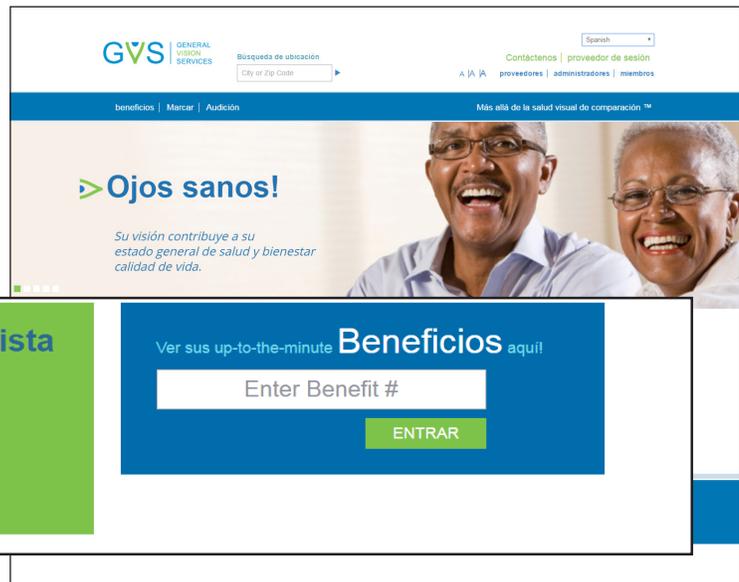
Deben de ser entregados o enviados a

Tarjeta de Beneficios 2018

Visita www.generalvision.com para comprobar fácilmente su elegibilidad, ver sus beneficios y fijar una cita para su examen de la vista en uno de nuestros locales o llame a nuestra línea de GVS conserje a 855.653.0584 para asistencia.

generalvision.com

Imprimir sus beneficios al día y fijar una cita.



The screenshot shows the GVS website interface. At the top, there is a search bar for location with the text "Búsqueda de ubicación" and "City or Zip Code". To the right, there are links for "Contáctenos", "proveedor de sesión", "proveedores", "administradores", and "miembros". Below the search bar, there is a navigation menu with "beneficios", "Marcar", and "Audición". The main content area features a banner with the text "> Ojos sanos!" and a sub-headline "Su visión contribuye a su estado general de salud y bienestar calidad de vida." Below the banner, there are two main sections: a green box on the left for "Horario examen de la vista / Buscar ubicación" with an input field for "Enter City or Zip Code" and a "BUSCAR" button; and a blue box on the right for "Ver sus up-to-the-minute Beneficios aquí" with an input field for "Enter Benefit #" and an "ENTRAR" button.

TARJETA DE BENEFICIO >



The image shows the 2018 GVS Benefit Card. At the top, it features the GVS logo and the text "Tarjeta de Beneficio 2018" and "TWU LOCAL 100/P.B.L. - SCHOOL BUSES". Below this, there are two boxes: one for "NÚMERO DE BENEFICIO" with the value "8120" and another for "NUMERO DE IDENTIFICACION". At the bottom, it says "Ver Beneficios y fijar una cita" and provides the website "generalvision.com" and phone number "855.653.0584".

Consiguiendo el máximo
provecho de su
Beneficio de la Vista
nunca ha sido más fácil.

