



Unum Vision Powered by EyeMed

Starmount Life Insurance Company



Plan features:

Members have the freedom to choose any provider from EyeMed's Insight Network. Our network offers the right mix of independent, national retail and regional retail providers like Lens Crafters, Pearle Vision, Target Optical and many more. Members can also purchase glasses and contact lenses online at [Glasses.com](https://www.glasses.com) and [ContactsDirect.com](https://www.contactsdirect.com).

Covered benefits:

Exam: Each member is entitled to a comprehensive vision exam. An exam co-pay applies and is outlined in the grid at right.

Materials: Each member has coverage for covered services and materials. Purchases are subject to benefit frequencies and co-pays. Plan features include:

- **Frame benefit:** You may choose any frame within a provider's collection, subject to the retail frame allowance listed at right. If the cost is greater than the plan's benefits, you are responsible for the difference.
- **Eyeglass lens benefit:** Standard plastic (CR-39 Plastic Material) single vision, bifocal, trifocal, and specialty lenses are generally covered after any applicable materials copay. If covered by plan allowance, you are responsible for any cost greater than the plan's benefit.
- **Contact lens benefit:** Members electing contact lenses may apply the contact lens allowance to any lenses in the provider's collection. If the cost is greater than the plan's benefits, you are responsible for the difference.

Laser vision correction: Discounts are available with participating surgery providers across the country (not an insured benefit)

EyeMed benefits:

Vision Care Services	In-network Member Cost	Out-of-network Reimbursements
Exam (1 per 12 months)	\$10 co-pay	Up to \$40
Retinal Imaging Benefit	Up to \$39	Not covered
Standard Plastic Lenses (1 per 12 months)		
Single Vision	\$25 co-pay	Up to \$30
Bifocal	\$25 co-pay	Up to \$50
Trifocal	\$25 co-pay	Up to \$70
Lenticular	\$25 co-pay	Up to \$70
Standard Progressive	\$90 co-pay	Up to \$50
Premium Progressive Lens		
Premium Progressive Tier 1	\$110 co-pay	Up to \$50
Premium Progressive Tier 2	\$120 co-pay	Up to \$50
Premium Progressive Tier 3	\$135 co-pay	Up to \$50
Premium Progressive Tier 4	\$90 co-pay (80% of charge less than \$120 allowance)	Up to \$50
Lens Options		
Polycarbonate Lenses (under age 19)	Covered	Up to \$32
Frames (1 per 12 months) Members may select any frame available	\$150 allowance	Up to \$105
Contact Lenses (1 per 12 months)		
Elective	\$150 allowance	Up to \$150
Non-Elective	Covered	Up to \$210
Standard Contact Lens Fitting Exam Fee*	\$40	Not covered
Specialty Contact Lens Fitting Exam Fee**	\$0 allowance	Not covered

*The standard contact lens fitting exam fee applies to a new or existing contact lens user who wears spherical disposable, daily wear, or extended wear lenses only.

**The specialty contact lens fitting exam fee applies to a new or existing contact lens user who wears toric, gas-permeable, mono-fit or multi-focal lenses. Member is responsible for any charges over the \$50 allowance.

Unum Vision Powered by EyeMed members will receive the following discounts on materials at in-network providers only:

- 40% off for a complete second pair of glasses.
- 20% off non-prescription sunglasses.
- 20% off remaining balance beyond plan coverage.

Laser Vision Correction Network

Membership provides access to preferred pricing. Transactions are handled directly between members and providers. Refractive surgery is an elective procedure and may involve potential risks to patients. This is not an insured benefit. Unum cannot and does not guarantee the outcome of any refractive surgical procedure or a total elimination of the need for glasses or contacts. Providers may not be available in all metropolitan areas. Login to www.eyemedvisioncare.com/unum for a list of participating laser vision correction providers.

Other Unum Vision Specifications

Dependent children: Dependent age guidelines vary by state. Please refer to your policy certificate or contact customer service at (855) 652-8686.

Services not listed: If you expect to require a vision service not included on this brochure, it may still be covered. Refer to the member portal at www.eyemedvisioncare.com/unum, to confirm your exact benefits. This is a primary vision care benefit and is intended to cover only eye examinations and/or corrective eyewear. Medical or surgical treatment of eye disease or injury is not provided under this plan. Coverage may not exceed the lesser of actual cost of covered services and materials or the limits of the policy.

No benefits will be paid for services, materials connected with, or charges arising from:

Orthoptic or vision training, subnormal vision aids and any associated supplemental testing; Aniseikonic lenses; Medical and/or surgical treatment of the eye, eyes or supporting structures; services provided as a result of any Workers' Compensation law, or similar legislation, or required by any governmental agency or program whether federal, state or subdivisions thereof; any Vision Examination, or any corrective eyewear required by a Policyholder as a condition of employment; Safety eyewear; Plano (non-prescription) lenses; Non-prescription sunglasses; Two pair of glasses in lieu of bifocals; Services or materials provided by any other group benefit plan providing vision care; Services rendered after the date an Insured Person ceases to be covered under the Policy, except when Vision Materials ordered before coverage ended are delivered, and the services rendered to the Insured Person are within 31 days from the date of such order; Lost or broken lenses, frames, glasses, or contact lenses will not be replaced except in the next Benefit

Frequency when Vision Materials would next become available.

Member receives a 20% discount on items not covered by the plan at EyeMed In-Network locations. Discount does not apply to EyeMed Provider's professional services, or contact lenses. Plan discounts cannot be combined with any other discounts or promotional offers. In certain states, members may be required to pay the full retail rate and not the negotiated discount rate with certain participating providers. Please see EyeMed's online provider locator to determine which participating providers have agreed to the discounted rate. Discounts on vision materials may not be applicable to certain manufacturers' products EyeMed Vision Care reserves the right to make changes to the products on each tier and the member out-of-pocket costs.

Fixed pricing is reflective of brands at the listed product level. All providers are not required to carry all brands at all levels. Service and amounts listed above are subject to change at any time. Fees charged by a Provider for services other than a covered benefit must be paid in full by the Insured Person to the Provider. Such fees or materials are not covered under the Policy. Benefit allowances provide no remaining balance for future use within the same Benefit Frequency.

A Network Access plan is available.

THIS POLICY PROVIDES LIMITED BENEFITS

READ YOUR PLAN CAREFULLY - THIS BENEFITS SUMMARY PROVIDES A VERY BRIEF DESCRIPTION OF THE IMPORTANT FEATURES OF YOUR PLAN. THIS IS NOT THE INSURANCE CONTRACT. YOUR FULL RIGHTS AND BENEFITS ARE EXPRESSED IN THE ACTUAL PLAN DOCUMENTS THAT ARE AVAILABLE TO YOU UPON YOUR REQUEST TO US.

This brochure is not intended to be a complete description of the insurance coverage available. The policies or their provisions may vary or be unavailable in some states. The policies have exclusions and limitations which may affect any benefits payable. For complete details of coverage and availability, please refer to Policy Form Series VI-2002, VI-2007 and VI-2019 or contact your Unum Vision representative.

Vision plans are marketed by Unum and EyeMed, administered by First American Administrators and underwritten by Starmount Life Insurance Company, Baton Rouge, LA.

© 2025 Unum Group. All rights reserved. Unum is a registered trademark and marketing brand of Unum Group and its insuring subsidiaries.

Unum Vision[®] Con Respaldo de EyeMed

Starmount Life Insurance Company



Características del Plan:

Los miembros tienen la libertad de elegir cualquier proveedor de la red Insight Network de EyeMed. Nuestra red ofrece la combinación adecuada de proveedores minoristas regionales y nacionales independientes como Lens Crafters, Pearle Vision, Target Optical y muchos más. Los miembros también pueden comprar anteojos y lentes de contacto en línea en [Glasses.com](https://www.glasses.com) y [ContactsDirect.com](https://www.contactsdirect.com).

Beneficios cubiertos:

Examen: cada miembro tiene derecho a un examen integral de visión. Se aplica un copago de examen y se describe en la grilla de la derecha.

Materiales: cada miembro tiene cobertura para los servicios y materiales cubiertos. Las compras están sujetas a frecuencias y copagos de beneficios. Las características del plan incluyen:

- **Beneficio de marcos:** puede elegir cualquier marco de la colección de un proveedor, sujeto a la prestación de minoristas listada a la derecha. Si el costo es mayor que los beneficios del plan, usted debe cubrir la diferencia.
- **Beneficio de lentes parafijas:** los lentes monofocales, bifocales, trifocales de plástico estándar (material plástico CR-39) y de especialidad en general están cubiertos después de todo copago de materiales correspondiente. Si lo cubre la prestación del plan, usted debe cubrir todo costo mayor que el beneficio del plan.
- **Beneficio de lentes de contacto:** los miembros que elijan lentes de contacto pueden aplicar la prestación de lentes de contacto a todo lente de la colección del proveedor.

Corrección de visión láser: hay descuentos disponibles con prestadores quirúrgicos participantes (no un beneficio asegurado)

Beneficios de EyeMed:

Servicios de cuidado de la vista	Costo para Miembros Dentro de la Red	Reembolsos Fuera de la Red
Examen (1 por 12 meses)	Copago de \$10	Hasta \$40
Beneficio de Imágenes Retinianas	Hasta \$39	No cubierto
Lentes de plástico estándar (1 por 12 meses)		
Monofocal	Copago de \$25	Hasta \$30
Bifocal	Copago de \$25	Hasta \$50
Trifocal	Copago de \$25	Hasta \$70
Lenticular	Copago de \$25	Hasta \$70
Progresivo Estandar	Copago de \$90	Hasta \$50
Lentes Progresivos Premium		
Progresivo Premium Nivel 1	Copago de \$110	Hasta \$50
Progresivo Premium Nivel 2	Copago de \$120	Hasta \$50
Progresivo Premium Nivel 3	Copago de \$135	Hasta \$50
Progresivo Premium Nivel 4	Copago de \$90 (80% del cargo menos de \$120 de asignación)	Hasta \$50
Opciones de Lentes		
Lentes de Policarbonato (menores de 19 años)	Cubierto	Hasta \$32
Monturas (1 per 12 months) Los miembros pueden seleccionar cualquier montura disponible	Prestación de \$150	Hasta \$105
Lentes de Contacto (1 por 12 meses)		
Elective	Prestación de \$150	Hasta \$150
No-Elective	Cubierto	Hasta \$210
Lentes de Contacto Estandar Tarifa del Examen de Adaptacion*	\$40	No cubierto
Tarifa del examen de adaptación de lentes de contacto especiales**	Prestación de \$0	No cubierto

*La tarifa estándar del examen de adaptación de lentes de contacto aplica a un usuario de lentes de contacto nuevo o existente que usa lentes esféricos desechables, de uso diario o de uso prolongado únicamente.

**La tarifa del examen de adaptación de lentes de contacto especiales se aplica a usuarios nuevos o existentes de lentes de contacto tóricos, permeables al gas, monofocales o multifocales. El miembro es responsable de cualquier cargo que supere el límite de \$50.

Los miembros de Unum Vision Respaldo por EyeMed recibirán los siguientes descuentos en materiales solo en proveedores dentro de la red:

- 40% de descuento para un segundo par de anteojos completo.
- 20% de descuento en anteojos de sol sin receta.
- 20% de descuento en el saldo restante más allá de la cobertura del plan.

Red de Corrección de la Visión con Láser

La membresía brinda acceso a precios preferenciales. Las transacciones se manejan directamente entre miembros y proveedores. La cirugía refractiva es un procedimiento electivo y puede implicar riesgos potenciales para los pacientes. Este no es un beneficio asegurado. Unum no puede garantizar y no garantiza el resultado de ningún procedimiento quirúrgico refractivo o la eliminación total de la necesidad de anteojos o lentes de contacto. Es posible que los proveedores no estén disponibles en todas las áreas metropolitanas. Inicie sesión en www.eyemedvisioncare.com/unum para obtener una lista de proveedores de corrección de la visión con láser participantes.

Otras especificaciones de Unum Vision

Hijo Dependiente: Las pautas de edad de los dependientes varían según el estado. Por favor consulte el certificado de su póliza o comuníquese con servicio al cliente por el (855) 652-8686.

Servicios no listados: Si espera requerir un servicio de la visión que no se incluye en este folleto, aún puede estar cubierto. Consulte el portal para miembros en www.eyemedvisioncare.com/unum para confirmar sus beneficios exactos. Este es un beneficio de atención primaria de la vista y está destinado a cubrir solo exámenes oculares y/o anteojos correctivos. Este plan no proporciona tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones oculares. La cobertura no puede exceder el menor entre el costo real de los servicios y materiales cubiertos o los límites de la póliza.

No se pagarán beneficios por servicios, materiales relacionados o cargos derivados de:

Entrenamiento ortóptico o visual, ayudas visuales subnormales y cualquier prueba complementaria asociada; lentes Aniseikónicos; Tratamiento médico y/o quirúrgico del ojo, ojos o estructuras de soporte; servicios prestados como resultado de cualquier ley de Compensación Laboral o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental, ya sea federal, estatal o subdivisiones del mismo; cualquier examen de la vista, o cualquier antejo correctivo requerido por un asegurado como condición de empleo; Anteojos de seguridad; Lentes plano (sin receta); Anteojos de sol sin receta; Dos pares de anteojos en lugar de bifocales; Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupales que brinde atención oftalmológica; Servicios prestados después de la fecha en que una Persona Asegurada deja de estar cubierta por la Póliza, excepto cuando se entregan los Materiales para la Vista solicitados antes de que finalice la cobertura, y los servicios prestados a la Persona

Asegurada se realizan dentro de los 31 días posteriores a la fecha de dicha orden; Los lentes, monturas, anteojos o lentes de contacto perdidos o rotos no serán reemplazados, excepto en la siguiente Frecuencia de Beneficios, cuando los Materiales de la Visión estarían disponibles nuevamente. El miembro recibe un 20% de descuento en artículos no cubiertos por el plan en ubicaciones de EyeMed dentro de la red. El descuento no aplica a los servicios profesionales del Proveedor EyeMed ni a los lentes de contacto. Los descuentos del plan no se pueden combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. En ciertos estados, es posible que los miembros deban pagar la tarifa minorista completa y no la tarifa de descuento negociada con ciertos proveedores participantes. Por consulte el localizador de proveedores en línea de EyeMed para determinar que proveedores participantes han aceptado la tarifa con descuento. Es posible que los descuentos en materiales para la visión no se apliquen a los productos de ciertos fabricantes. EyeMed Vision Care se reserva el derecho de realizar cambios en los productos de cada nivel y los costos de desembolso del miembro.

El precio fijo refleja las marcas en el nivel de producto listado. No todos los proveedores están obligados a ofrecer todas las marcas en todos los niveles. El servicio y los montos enumerados anteriormente están sujetos a cambios en cualquier momento. Las tarifas cobradas por un Proveedor por servicios que no sean un beneficio cubierto deben ser pagadas en su totalidad por la Persona asegurada al Proveedor. Tales tarifas o materiales no están cubiertos por la Póliza. Las asignaciones de beneficios no proporcionan saldo restante para uso futuro dentro de la misma Frecuencia de Beneficios.

Hay un plan de acceso a la red disponible.

ESTE SEGURO PROPORCIONA BENEFICIOS LIMITADOS

LEA SU PLAN CUIDADOSAMENTE: ESTE RESUMEN DE BENEFICIOS PROPORCIONA UNA DESCRIPCIÓN MUY BREVE DE LAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DE SU PLAN. ESTO NO ES EL CONTRATO DE SEGURO. TODOS SUS DERECHOS Y BENEFICIOS ESTÁN EXPRESADOS EN LOS DOCUMENTOS REALES DEL PLAN QUE ESTÁN DISPONIBLES PARA USTED SI NOS SOLICITA.

Este folleto no es una descripción completa de la cobertura del seguro disponible. Las pólizas y sus disposiciones pueden variar o no estar disponibles en algunos estados. Las pólizas tienen exclusiones y limitaciones que pueden afectar todo beneficio pagadero. Para detalles completos de cobertura y disponibilidad, consulte la serie de formularios de póliza VI-2002, VI-2007 y VI-2019 o contacte a su representante de Unum Vision.

Los planes de visión son comercializados por Unum y EyeMed, administrados por First American Administrators y respaldados por Starmount Life Insurance Company, Baton Rouge, LA.

© 2025 Unum Group. Todos los derechos reservados. Unum es una marca registrada y marca comercial de Unum Group y sus subsidiarias aseguradoras.