

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE MyACUVUE® REWARDS POR CORREO POSTAL

**- SE REQUIEREN TODOS LOS CAMPOS PARA QUE SE APRUEBE LA SOLICITUD -**

**Obtenga una copia de su recibo** que indique el nombre del vendedor, el nombre del paciente, la marca ACUVUE® que compró, la cantidad que compró, la fecha de compra y el precio de compra. Asegúrese de que toda la información sea legible.

**Envíe por correo postal el formulario de solicitud y el recibo** a la siguiente dirección:

HelloWorld, Inc.  
PO Box 5085  
Kalamazoo, MI 49003-5085

**Recibirá un correo electrónico** de ACUVUE@e.helloworldemail.com con el estado de sus recompensas después de que se revise su solicitud. Si se aprueba, también se le enviará la confirmación de sus recompensas por correo electrónico, con la opción de seleccionar una tarjeta digital o física.

Al enviar mi información, acepto que Johnson & Johnson Vision Care, Inc. puede usarla para evaluar mi Solicitud de recompensas y para comunicarse conmigo sobre este programa y que estará regida por la Política de privacidad de Johnson & Johnson Vision Care, Inc. (<https://www.acuvue.com/privacy-policy>).

He leído los [Términos y condiciones en su totalidad](#). **Las solicitudes de recompensas deben recibirse dentro de los 60 días de compra.**

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Si el paciente tiene menos de 13 años de edad, proporcione información sobre padre, madre o tutor.

NOMBRE APELLIDO

DIRECCIÓN DE CORREO (Todos los avisos de recompensas se comunicarán por esta dirección de correo electrónico).

TELÉFONO MÓVIL

Se requiere para la exactitud en el cumplimiento de las recompensas.

DIRECCIÓN DE ENVÍO (no ingrese apartados postales).

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)

### INFORMACIÓN DE LA RECETA

Seleccione una de las opciones debajo.

- Uso lentes de contacto en ambos ojos (asegúrese de que  e  estén marcados)
- Solo uso lentes de contacto en un ojo (seleccione solo  o )

### DETALLES DE COMPRA

CÓDIGO DE RECOMPENSA (de la página publicitaria proporcionada por su vendedor)

OFTALMÓLOGO (nombre y apellido)

NOMBRE DEL PACIENTE QUE FIGURA EN LA RECETA

### SELECCIONE SU MARCA ACUVUE®

Marque el producto del ojo izquierdo (I) y del ojo derecho (D) que corresponda a su compra.

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACUVUE® OASYS 1-Day for ASTIGMATISM            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACUVUE® OASYS 1-Day with HydraLuxe™ Technology |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-DAY ACUVUE® MOIST Brand MULTIFOCAL           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-DAY ACUVUE® MOIST                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-DAY ACUVUE® MOIST for ASTIGMATISM            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACUVUE® VITA®                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACUVUE® VITA® for ASTIGMATISM                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACUVUE® OASYS 2-Week for ASTIGMATISM           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACUVUE® OASYS 2-Week for PRESBYOPIA            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ACUVUE® OASYS 2-Week                           |

### SELECCIONE LA CANTIDAD QUE COMPRÓ

Consulte la siguiente página para ver la cantidad de cajas requeridas para cada recompensa. Marque la casilla del ojo izquierdo (I) y del ojo derecho (D) que corresponda a su compra.

- |                          |                          |                               |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 caja (12 lentes por caja)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 caja (24 lentes por caja)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 cajas (6 lentes por caja)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 cajas (12 lentes por caja)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 cajas (6 lentes por caja)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 cajas (90 lentes por caja)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 cajas (30 lentes por caja) |

# Recompensas disponibles

Los valores a continuación indican el valor posible al momento de la solicitud. Valores de las recompensas para las compras efectuadas entre el 1/1/2019 y el 3/31/2019.

ACUVUE® OASYS Brand  
1-Day for ASTIGMATISM

**\$200** SUMINISTRO ANUAL  
24 cajas (30 lentes por caja)

ACUVUE® OASYS Brand  
1-Day with HydraLuxe™ Technology

**\$200** SUMINISTRO ANUAL  
8 cajas (90 lentes por caja)

1-DAY ACUVUE® MOIST Brand  
MULTIFOCAL

**\$200** SUMINISTRO ANUAL  
8 cajas (90 lentes por caja)  
24 cajas (30 lentes por caja)

1-DAY ACUVUE® MOIST Brand  
Contact Lenses

1-DAY ACUVUE® MOIST Brand  
for ASTIGMATISM

**\$100** SUMINISTRO ANUAL  
8 cajas (90 lentes por caja)  
24 cajas (30 lentes por caja)

ACUVUE® VITA®  
Brand Contact Lenses

**\$50** SUMINISTRO ANUAL  
2 cajas (12 lentes por caja)  
4 cajas (6 lentes por caja)

ACUVUE® VITA®  
for ASTIGMATISM

**\$50** SUMINISTRO ANUAL  
4 cajas (6 lentes por caja)

ACUVUE® OASYS Brand  
2-Week for ASTIGMATISM

ACUVUE® OASYS Brand  
2-Week for PRESBYOPIA

**\$50** SUMINISTRO ANUAL  
8 cajas (6 lentes por caja)

ACUVUE® OASYS Brand  
Contact Lenses 2-Week

**\$50** SUMINISTRO ANUAL  
2 cajas (24 lentes por caja)  
4 cajas (12 lentes por caja)



Para hacer preguntas o comentarios, comuníquese con nosotros al [acuvue@helloworldfulfillment.com](mailto:acuvue@helloworldfulfillment.com).

Las compras de ACUVUE® OASYS Family, 1-DAY ACUVUE® MOIST Family y ACUVUE® VITA® deben efectuarse en el consultorio o en la tienda entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019.\* Las solicitudes de recompensas (reembolso) con un Código de recompensa válido proporcionado por el lugar de compra debe recibirse dentro de los 60 días de compra. Se requiere el envío del recibo de compra del producto que indique (a) nombre del paciente, (b) nombre del vendedor, (c) marca ACUVUE® que se compró, (d) cantidad de cajas/lentes que se compró, (e) fecha de compra. Para recibir la recompensa (reembolso) más rápidamente, haga la solicitud en línea. Para solicitar una recompensa (reembolso) en línea, el consumidor debe registrarse en línea para recibir MyACUVUE® y convertirse en ACUVUE® Insider. Al registrarse como miembro de MyACUVUE®, el consumidor acepta recibir comunicaciones publicitarias incluidas ofertas, reembolsos, encuestas y otras comunicaciones para personas con información privilegiada. El consumidor puede optar por excluirse de estas comunicaciones en cualquier momento visitando [acuvue.com/contact-us](http://acuvue.com/contact-us). Como alternativa, el consumidor puede hacer su solicitud por correo postal descargando un formulario de MyAcuvueRewards.com. La solicitud, ya sea en línea o por correo postal, debe incluir lo siguiente: (a) nombre y apellido (b) dirección, (c) fecha de nacimiento, (d) código de recompensa, (e) dirección de correo electrónico, (f) número de teléfono del solicitante. Si no se proporciona toda la información requerida, no se aprobará la solicitud. Máximo de una recompensa por cliente, por oferta, por visita para un examen ocular anual. Máximo de cuatro (4) solicitudes de recompensa por hogar por año. Esta oferta no es válida en combinación con otras ofertas de productos incluida la Garantía de devolución de dinero (Money Back Guarantee). Oferta válida para residentes de EE. UU. únicamente. Oferta no válida donde esté prohibida por la ley. Deje pasar 14 días para la recepción de solicitudes electrónicas y de 6 a 8 semanas para solicitudes realizadas por correo postal. Solo las direcciones postales o rurales, y no los apartados postales, son aceptables para solicitudes por correo postal. Las solicitudes fraudulentas podrían dar lugar al procesamiento federal en virtud de los Estatutos de fraude de correo postal de los EE. UU. (Código de EE. UU., Título 18, Secciones 1341 y 1342). No se hace responsable de respuestas perdidas, tardías o no entregadas y/o de formularios incompletos. Johnson & Johnson Vision Care, Inc. se reserva del derecho de cancelar este programa de recompensas y establecer medidas de prevención del fraude en cualquier momento sin previo aviso.

Las ACUVUE® Rewards solo son válidas para compras en el consultorio y compras efectuadas en tiendas minoristas selectas. Las recompensas no son válidas para las compras por Internet ni para las compras efectuadas en grandes tiendas minoristas, incluidas (entre otras) Costco® Optical, Sam's Club® Optical, BJ's® Optical, Walmart® Optical o Target® Optical, pero puede haber otras ofertas disponibles para compras de ACUVUE® Brand en estas tiendas minoristas.

AVISO PARA LOS CONSUMIDORES: Si usted presenta un reclamo personalmente para recibir un reembolso de otro pagador (p. ej., compañía de seguro, grupo del empleador, etc.) por la compra de este producto, su reclamo debe basarse en su pago menos el monto del reembolso. Si su médico presenta el reclamo, usted debe notificar al consultorio del médico de la necesidad de deducir este monto de reembolso del precio de compra usado al calcular el reclamo.

\*Las recompensas son en forma de una tarjeta ACUVUE® Brand Visa® Prepaid. La tarjeta es emitida por el Bancorp Bank, miembro FDIC, según una licencia de Visa U.S.A., Inc. El tipo de recompensa (física o digital) debe seleccionarse dentro de los tres (3) meses de recibir el correo electrónico de la recompensa o la recompensa vencerá. Una vez que se selecciona el tipo de recompensa, los fondos deben usarse dentro de los seis (6) meses o la recompensa vencerá.

ACUVUE®, ACUVUE® OASYS, 1-DAY ACUVUE® MOIST y ACUVUE® VITA® son marcas comerciales de Johnson & Johnson Vision Care, Inc. ©Johnson & Johnson Vision Care, Inc., 2018. Las marcas comerciales de terceros utilizadas aquí son marcas comerciales de sus respectivos propietarios.