



## New COVID-19 relief from your health fund



### *Introducing the Super Saver Plan!*

If your insurance coverage with the Fund ends because of **no work, layoff, or reduced hours**, the Super Saver Plan gives you most of the same benefits you had at the time you lost coverage.

- Eligible if coverage ends: June 30, 2020–September 30, 2021
- Medical, pharmacy, dental and vision coverage—not life and disability
- Optional, temporary, and can last up to 4 months in a row (but ends if you pick up coverage again through work); one chance to use
- Dependents covered if they were covered at the time coverage ended (*new dependents can only be added during a Special Qualifying Life Event*)

### **How much do I pay and how do I get started?**

You pay one flat rate for single or family coverage: **\$59**. There is no paperwork to fill out. Enrollment is complete when you make your first monthly payment.

- If Fund coverage ends June 30–December 31, 2020, **first payment is due December 5–20, 2020**.
- If coverage ends January 31–September 30, 2021, first payment is due the 20<sup>th</sup> of the month you lose coverage (*the month before Super Saver starts*).

For details about the Super Saver plan, read the FAQs inside or visit:

[www.uhh.org/supersaver](http://www.uhh.org/supersaver)

*Note: this is a high-level overview of the Super Saver Plan. Details are subject to change.*

### **How do I pay?**

#### **1) Online is best: [www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)**

*Your payment is processed quickly and your coverage is activated as soon as possible! Use a check or credit/debit card.*

#### **2) Phone: (855) 321-4373**

*Use a credit/debit card.*

#### **3) Mailed payments are discouraged.**

*If necessary, see instructions at right.*

#### ***What to include if you're mailing a check/money order:***

- Member name
- Member ID number
- Date of birth
- Make payable/mail to:

**UNITE HERE HEALTH  
P.O. 809328  
Chicago, IL 60680-9328**

*Payments must be received (not postmarked) by the payment due date.*



## Nueva ayuda por COVID-19 de su fondo de salud



### ¡Le presentamos el Plan Super Saver!

Si su cobertura de seguro con el Fondo finaliza debido a **falta de trabajo, despido o reducción de horas**, el Plan Super Saver le brindará la mayoría de los mismos beneficios que tenía cuando perdió su cobertura.

- Es elegible si su cobertura termina: del 30 de junio de 2020 al 30 de septiembre de 2021
- Cobertura médica, farmacéutica, dentales y de la vista; no cubre vida ni discapacidad
- Opcional, temporal y dura hasta 4 meses seguidos (pero finaliza si recupera cobertura nuevamente a través del trabajo); una oportunidad de uso
- Los dependientes tendrán cobertura si la tenían al momento en que finalizó la cobertura (*solo puede agregarse dependientes nuevos durante un evento de vida especial que califique*)

### ¿Cuánto pago y cómo empiezo?

Usted paga una tarifa fija para cobertura individual o familiar: **\$59**. No hay papeleo que llenar. La inscripción se completa cuando usted realiza su primer pago mensual.

- Si la cobertura del Fondo finaliza del **30 de junio al 31 de diciembre de 2020**, **el primer pago vence del 5 al 20 de diciembre de 2020**.
- Si la cobertura finaliza del **31 de enero al 30 de septiembre de 2021**, el primer pago vence el día 20 del mes en que pierde cobertura (*el mes anterior al inicio de Super Saver*).

### ¿Cómo lo pago?

#### 1) Es mejor hacerlo en línea: [www.uhh.org/member](http://www.uhh.org/member)

*Su pago se procesa rápidamente y su cobertura se activa lo antes posible! Pague con cheque o con tarjeta de crédito/débito.*

#### 2) Teléfono: (855) 321-4373

*Pague con tarjeta de crédito/débito.*

#### 3) No se recomiendan los pagos por correo postal.

*Si es necesario, consulte las instrucciones a la derecha.*

Para obtener más detalles acerca del plan de Super Saver, lea las preguntas frecuentes incluidas o visite:

[www.uhh.org/supersaver](http://www.uhh.org/supersaver)

*Nota: esta es una descripción de alto nivel del Plan Super Saver. Los detalles están sujetos a cambios.*

#### Qué debe incluir si envía un cheque/giro postal:

- Nombre del miembro
- Número de ID de miembro
- Fecha de nacimiento
- Hacerlo pagadero/ enviarlo por correo postal a:

**UNITE HERE HEALTH  
P.O. 809328  
Chicago, IL 60680-9328**

*Los pagos deben recibirse (no fecha de franqueo) antes de la fecha de vencimiento del pago.*