

CLAIM SUBMISSION FORM

Goidel et al. v. Aetna Life Insurance Company
U.S. District Court, Southern District of New York
Case No. 1:21-cv-07619 (VSB)

CATEGORY C AND D CLASS MEMBERS MUST COMPLETE AND RETURN THIS FORM SO IT IS RECEIVED BY AUGUST 26, 2025 TO BE ELIGIBLE FOR AN APPROXIMATE \$10,000 PAYMENT

COMPLETION AND SUBMISSION OF THIS FORM IS NOT GUARANTEE OF ELIGIBILITY. YOU MUST COMPLETE AND SUBMIT THIS FORM TO BE CONSIDERED.

PLEASE READ THIS CLAIM SUBMISSION FORM AND THE ENCLOSED SETTLEMENT NOTICE CAREFULLY

ELIGIBILITY

If you sought or could have sought coverage for one or more cycles of artificial insemination (intracervical insemination (“ICI”) or intrauterine insemination (“IUI)) (described below in Step 2) received between September 1, 2017, and May 31, 2024, you were in an Eligible LGBTQ+ Relationship as described in the Settlement Notice at the time, you have not requested exclusion from this settlement, and you complete and timely submit this form and the required Attestation Form, you may be entitled to an approximate \$10,000 payment, or a proportionally reduced payment if there are more than 200 class members. **Submission of this form is required if you’ve been identified as a potential Category C or D Class Member.**

GENERAL CLAIM SUBMISSION FORM INFORMATION

Failure to comply with the instructions for completing a claim described on the next page may result in an ineligible claim. After you submit your claim, if additional information is required to complete your claim, you will be notified by mail and/or email. Any documents submitted as supporting evidence will not be returned. Please retain copies of your documents for your own records.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING A CLAIM

BEFORE YOU BEGIN COMPLETING THIS FORM, contact the provider or providers you received artificial insemination from between September 1, 2017, and May 31, 2024, and request the following information that will be required to complete this Claim Submission Form.

I am participating in a class action settlement related to coverage for the provision of infertility services received between September 1, 2017 and May 31, 2024 and have been asked by my health insurer to provide the following information about the artificial insemination services I received from you during that time:

- (1) Provider Name
- (2) Provider Address
- (3) Provider TIN/PIN
- (4) National Provider Identifier (NPI)

For each service received during the relevant time period, please fill out the following:

CPT Code (check one):

___ S4035 (Artificial Insemination; Menotropin)

___ 58321 (Artificial Insemination; Intra-Cervical)

___ 58322 (Artificial Insemination; Intra-Uterine)

Date of Service: _____

The amount billed to me for this service is: \$ _____

The amount I paid for this service is: \$ _____

You will also need the CPT Code(s) associated with the artificial insemination(s) you underwent. Descriptions of the applicable CPT Codes used for artificial insemination procedures covered by this settlement are as follows:

- (1) **S4035-Artificial Insemination Menotropin**
Stimulated intrauterine insemination
- (2) **58321-Artificial Insemination; Intra-Cervical**
In this procedure, the provider inserts prepared live sperm into the cervical canal.
- (3) **58322-Artificial Insemination; Intra-Uterine**
In this procedure, the provider inserts prepared live sperm into the uterus through the cervical canal.

Cycles of in-vitro insemination (“IVF”) will not qualify you for Class Membership and should not be submitted.

In order to be considered for a payment, this Claim Form and the Attestation Form must be fully completed, signed under penalty of perjury, and received by the Settlement Administrator on or before August 26, 2025 using one of the following methods:

Questions? Visit www.InfertilityInsuranceSettlement.com or Call 1-800-205-6861

ONLINE: www.InfertilityInsuranceSettlement.com

MAIL: Infertility Insurance Settlement
c/o Atticus Administration
PO Box 64053
St. Paul MN 55164

EMAIL: InfertilityInsuranceSettlement@atticusadmin.com

FAX: 1-888-326-6411

STEP 1: CLASS MEMBER INFORMATION

Class Member First Name

Class Member Last Name

M.I.

Aetna Member Number (W Number):

Social Security Number:

Employer/ Plan Sponsor:

Date of Birth (mm/dd/yyyy):

If the address on page one is correct check here:

If the address on page one is not correct, or if none is listed, provide info below:

Class Member Address

City

State

Zip Code

Class Member Email Address:

Class Member Telephone:

Pick One:

Mobile
Home

Are you acting on behalf of a deceased or incapacitated Class Member? NO YES

If you are acting on behalf of a deceased Class Member or a Class Member who does not have the capacity to act on their own behalf, documentation supporting your authority to act on their behalf will be required to validate your claim. To proceed, please complete the representative portion of the claim below and submit documentation substantiating your authority to act on behalf of the above Class Member.

COMPLETE THIS PORTION OF STEP 1 ONLY IF YOU ARE ACTING ON BEHALF OF A CLASS MEMBER

Representative First Name

Representative Last Name

M.I.

Questions? Visit www.InfertilityInsuranceSettlement.com or Call 1-800-205-6861

Representative Address

City

State

Zip Code

Representative Email Address:

Representative Telephone:

Pick One:

Mobile

Home

STEP 2: ARTIFICIAL INSEMINATION HISTORY

Please provide the information in the following chart for each cycle of artificial insemination that you underwent between September 1, 2017, and May 31, 2024 that was not previously submitted to Aetna. Supporting evidence for each procedure you include is required and must be submitted with this form to verify your claim. Add additional procedures on a separate piece of paper if necessary.

FIRST CYCLE BETWEEN SEPTEMBER 1, 2017 AND MAY 31, 2024:

Date of Service (mm/yy/ddd): _____

CPT Code- Check the box(s) that apply (see page 2):

S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>

Provider TIN/PIN: _____ Provider NPI: _____

Provider Name: _____

Provider Address: _____

Provider Address: _____

Provider Address: _____

Provider Phone: _____ Amount Paid: _____

SECOND CYCLE BETWEEN SEPTEMBER 1, 2017 AND MAY 31, 2024:

Date of Service (mm/yy/ddd): _____	
CPT Code- Check the box(s) that apply (see page 2):	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
Provider TIN/PIN: _____	Provider NPI: _____
Provider Name: _____	
Provider Address: _____	

Provider Phone: _____	Amount Paid _____

THIRD CYCLE BETWEEN SEPTEMBER 1, 2017, AND MAY 31, 2024:

Date of Service (mm/yy/ddd): _____	
CPT Code- Check the box(s) that apply (see page 2):	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
Provider TIN/PIN: _____	Provider NPI: _____
Provider Name: _____	
Provider Address: _____	

Provider Phone: _____	Amount Paid _____

**Please visit www.InfertilityInsuranceSettlement.com for an Appendix to the Claim Form for additional cycle history.*

STEP 4: DOCUMENTATION

Provide the required supporting evidence to support the procedure(s) described in **STEP 3**. Examples of acceptable forms for supporting evidence might include a bill from your provider, a medical record or a self-pay agreement. Evidence provided must, at a minimum, confirm (1) that you received a service, (2) what service you received, (3) the date of service and (4) that you were billed for that service.

Questions? Visit www.InfertilityInsuranceSettlement.com or Call 1-800-205-6861

STEP 5: CERTIFICATION AND SIGNATURE

I certify under penalty of perjury that the information included in this Claim Submission Form and the accompanying supporting evidence are true and correct to the best of my knowledge.

Signature

Date (mm/dd/yyyy)

Information on where and how to submit your Claim Submission Form can be found on page 2.

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

Goidel et al. v. Aetna Life Insurance Company
Tribunal de Distrito de los EE. UU., Distrito Sur de Nueva York
No. de caso 1:21-cv-07619 (VSB)

LXS MIEMBRXS DEL GRUPO DE DEMANDANTES DE CATEGORÍAS C Y D DEBEN COMPLETAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO DE MANERA TAL QUE SE RECIBA A MÁS TARDAR EL 26 DE AGOSTO DE 2025 PARA SER ELEGIBLES PARA RECIBIR UN PAGO DE APROXIMADAMENTE \$10,000

COMPLETAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA QUE SEAN ELEGIBLES. DEBE COMPLETAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO PARA QUE SE LE TOME EN CUENTA.

POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE ESTE FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN Y LA NOTIFICACIÓN ADJUNTA SOBRE EL ACUERDO DE LIQUIDACIÓN

ELEGIBILIDAD

Si solicitó, o podría haber solicitado, cobertura para uno o más ciclos de inseminación artificial (inseminación intracervical o "ICI", por sus siglas en inglés, o inseminación intrauterina, "IUI") (descritos a continuación en el Paso 2) recibidos entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de mayo de 2024, era parte de una Relación LGBTQ+ Elegible según se describe en la Notificación del Acuerdo de Liquidación, no ha solicitado que se le excluya del acuerdo y completa y presenta puntualmente este formulario y el Formulario de Declaración requerido, puede tener derecho a un pago de aproximadamente \$10,000 o un pago reducido proporcionalmente, de haber más de 200 Miembrxs del Grupo de Demandantes. **Si se le ha identificado como unx posible Miembrx del Grupo de Demandantes de Categoría C o D, es necesario presentar este formulario.**

INFORMACIÓN GENERAL DEL FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN

No acatar las instrucciones para completar la reclamación que se describen en la siguiente página puede dar pie a que su reclamación sea inelegible. Tras enviar su reclamación, se le notificará por correo postal y/o electrónico si se requiere información adicional para completarla. No se le enviarán de vuelta los documentos que presente como evidencia de respaldo. Por favor conserve copias de sus documentos para sus propios registros.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR UNA RECLAMACIÓN

ANTES DE COMENZAR A COMPLETAR ESTE FORMULARIO, comuníquese con el proveedor o proveedores que le proporcionaron inseminación artificial entre el 1 de septiembre 2017 y el 31 de mayo de 2024 y solicite la siguiente información, que será necesaria para completar este Formulario de

Estoy participando en la liquidación de una demanda colectiva relacionada con cobertura por el suministro de servicios de infertilidad recibidos entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de mayo de 2024 y mi aseguradora médica me ha solicitado proporcionar la siguiente información sobre los servicios de inseminación artificial que recibí de usted durante ese periodo:

- (1) Nombre del Proveedor
- (2) Dirección del Proveedor
- (3) TIN/PIN del Proveedor
- (4) Número de Registro Nacional de Proveedor (NPI)

Para cada servicio recibido durante el periodo de tiempo relevante, por favor indique lo siguiente:

Código CPT (marque uno):

___ 54035 (Inseminación artificial; Menotropina)

___ 58321 (Inseminación artificial; Intracervical)

___ 58322 (Inseminación artificial; Intrauterina)

Fecha del Servicio: _____

El monto que se me facturó por este servicio es: \$ _____

El monto que pagué por este servicio es: \$ _____

Presentación de Reclamación.

También necesitará los Códigos CPT asociados con las inseminaciones artificiales a las que se sometió. A continuación presentamos descripciones de los Códigos CPT aplicables que se usan para los tratamientos de inseminación artificial cubiertos por este acuerdo:

- (1) **S4035- Inseminación artificial; Menotropina**
Inseminación intrauterina estimulada
- (2) **58321-Inseminación artificial; Intracervical**
En este tratamiento, el proveedor inserta espermatozoides vivos preparados en el canal cervical.
- (3) **58322-Inseminación artificial; Intrauterina**
En este tratamiento, el proveedor inserta espermatozoides vivos preparados en el útero a través del canal cervical.

Los ciclos de inseminación in vitro ("IVF") no lo hacen elegible para Membresía en el Grupo de Demandantes y no deben enviarse.

Para que se tome en cuenta para un pago, este Formulario de Reclamación y el Formulario de Certificación deben completarse totalmente, firmarse bajo pena de perjurio y el Administrador del Acuerdo debe recibirlos a más tardar el 26 de agosto de 2025 por medio de uno de los siguientes métodos:

¿Dudas? Visite www.InfertilityInsuranceSettlement.com o llame al 1-800-205-6861

EN LÍNEA: www.InfertilityInsuranceSettlement.com

CORREO POSTAL: Infertility Insurance Settlement

c/o Atticus Administration

PO Box 64053

St. Paul MN 55164

CORREO ELECTRÓNICO: InfertilityInsuranceSettlement@atticusadmin.com

FAX: 1-888-326-6411

PASO 1: INFORMACIÓN DE LXS MIEMBRXS DEL GRUPO DE DEMANDANTES

Nombre del/lx Miembrx del Grupo

Apellido del/lx Miembrx del Grupo

M.I.

Número de Miembrx de Aetna (Número W):

Número de Seguro Social:

Patrocinador del Plan /Empleador:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Si la dirección de la página uno es correcta,
marque este espacio:

Si la dirección en la página uno es incorrecta o si no hay
una presente, proporcione la siguiente información:

Dirección del/lx Miembrx del

Ciudad

Estado

Código postal

Email del/lx Miembrx del Grupo

Teléfono del/lx Miembrx del Grupo

Elija uno:

Celular	<input type="checkbox"/>
Casa	<input type="checkbox"/>

¿Está actuando en nombre de unx Miembrx del Grupo incapacitadx o fallecidx? NO SÍ

Si está actuando en nombre de unx Miembrx del Grupo de Demandantes fallecidx o unx Miembrx del Grupo de Demandantes que no tiene la capacidad de actuar por sí mismx, se requerirá documentación que sustente su autoridad para actuar en su nombre para validar su reclamación. Para proceder, por favor complete la porción de la reclamación para representantes que se encuentra a continuación y envíe documentación que sustente su autoridad para actuar en nombre del/lx Miembrx del Grupo de Demandantes antes mencionadx.

¿Dudas? Visite www.InfertilityInsuranceSettlement.com o llame al 1-800-205-6861

COMPLETE ESTA PORCIÓN DEL PASO 1 ÚNICAMENTE SI ESTÁ ACTUANDO EN NOMBRE DE UNX MIEMBRX DEL GRUPO DE DEMANDANTES

Nombre del/lx Representante	Apellido del/lx Representante	M.I.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección del/lx Representante

Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Email del/lx Representante:	Teléfono del/lx Representante:	Elija uno:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Celular <input type="checkbox"/>
		Casa <input type="checkbox"/>

PASO 2: HISTORIAL DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

Por favor, proporcione información en el cuadro que se encuentra a continuación sobre cada ciclo de inseminación artificial al que se sometió entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de mayo de 2024 que no se haya presentado previamente a Aetna. Se requiere evidencia que respalde cada tratamiento que incluya; esta evidencia debe enviarse junto con este formulario para verificar su reclamación. Agregue tratamientos adicionales en una hoja de papel separada, de ser necesario.

PRIMER CICLO ENTRE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2017 Y EL 31 DE MAYO DE 2024:

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa):	_____	
Código CPT - Marque las casillas que apliquen (consulte la página 2):		
S4035	<input type="checkbox"/>	
58321	<input type="checkbox"/>	
58322	<input type="checkbox"/>	
TIN/PIN del Proveedor:	_____	NPI del Proveedor: _____
Nombre del Proveedor:	_____	
Dirección del Proveedor:	_____	

Teléfono del Proveedor:	_____	Monto pagado _____

SEGUNDO CICLO ENTRE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2017 Y EL 31 DE MAYO DE 2024:

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa): _____	
<u>Código CPT - Marque las casillas que apliquen (consulte la página 2):</u>	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
TIN/PIN del Proveedor: _____	NPI del Proveedor: _____
Nombre del Proveedor: _____	
Dirección del Proveedor: _____	
Teléfono del Proveedor: _____	
Monto pagado _____	

TERCER CICLO ENTRE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2017 Y EL 31 DE MAYO DE 2024:

Fecha del servicio (mm/dd/aaaa): _____	
<u>Código CPT - Marque las casillas que apliquen (consulte la página 2):</u>	
S4035	<input type="checkbox"/>
58321	<input type="checkbox"/>
58322	<input type="checkbox"/>
TIN/PIN del Proveedor: _____	NPI del Proveedor: _____
Nombre del Proveedor: _____	
Dirección del Proveedor: _____	
Teléfono del Proveedor: _____	
Monto pagado _____	

**Por favor visite www.InfertilityInsuranceSettlement.com donde encontrará un Anexo al Formulario de Reclamación para historiales de ciclos adicionales.*

¿Dudas? Visite www.InfertilityInsuranceSettlement.com o llame al 1-800-205-6861

PASO 4: DOCUMENTACIÓN

Proporcione toda la evidencia de respaldo solicitada para corroborar los tratamientos descritos en el **PASO 3**. Los ejemplos de formas aceptables de evidencia de respaldo incluyen una factura de su proveedor, un expediente médico o un acuerdo de pago por cuenta propia. La evidencia proporcionada debe, como mínimo, confirmar (1) que usted recibió un servicio, (2) qué servicio recibió, (3) la fecha del servicio y (4) que se le facturó ese servicio.

PASO 5: CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Certifico bajo pena de perjurio que la información incluida en este Formulario de Presentación de Reclamación y la evidencia de respaldo acompañante son verdaderas y exactas según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Puede encontrar información sobre dónde y cómo presentar su Formulario de Presentación de Reclamación en la página 2.