

OUT-OF-POCKET EXPENSE SUBMISSION

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

If (1) Aetna denied your request for precertification or your claim for one of an agreed-upon set of qualifying artificial insemination (intracervical insemination (“ICI”) or intrauterine insemination (“IUI”)) or in vitro fertilization (“IVF”) procedures, or if Aetna would have denied your request for coverage for artificial insemination that you underwent, between September 1, 2017 and May 31, 2024, and you were in an Eligible LGBTQ+ Relationship as described in the Settlement Notice, (2) you have not requested exclusion from the settlement, and (3) you incurred out-of-pocket expenses arising from Defendant’s denial or anticipated denial of your infertility coverage request that exceed your Default Dollars for Benefits amount or your Proof of Greater Covered Care award, you may be eligible for additional compensation and should complete this Out-of-Pocket Expense Submission.

Examples of potentially eligible out-of-pocket expenses include: cycles of IUI insemination; consultations with medical professionals regarding IUI services; vials of donor sperm; ultrasound and bloodwork monitoring in connection with IUI cycles; medication related to fertility treatment and trigger shots in connection with IUI cycles, if covered by your plan; ovulation predictor kits and pregnancy tests; and IVF insemination and related treatments, if covered by your plan, and for those aged 37 or younger, if you completed at least three IUI.

Fully completed and signed Out-of-Pocket Expense Submissions and accompanying support documentation must be received by the Settlement Administrator by **August 26, 2025**. Out-of-Pocket Expense Submissions will be evaluated by Special Master Hon. Steven Gold, who will determine what, if any, additional compensation you might receive from funds remaining in the Common Fund after all participating Class Members have been paid their approximately \$10,000 payment or proportionately reduced payment if there are more than 200 Class Members.

FUNDS FOR OUT-OF-POCKET SUBMISSIONS MAY NOT BE AVAILABLE. COMPLETING THIS FORM DOES NOT GUARANTEE ADDITIONAL COMPENSATION.

You may submit your completed form and documentation using any of the following options before **August 26, 2025**:

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

Expense Amount and Date	Description of Expense and Support Documents <i>Identify the expense, what documentation you are providing in evidence of the expense, and how the expense is associated Aetna's denial or anticipated denial of your infertility benefits.</i>
\$ Date:	
\$ Date:	
\$ Date:	
\$ Date:	
\$ Date:	
\$ Date:	
\$ Date:	

Add additional out-of-pocket expenses on a separate sheet of paper if necessary.

Any supporting documentation provided will not be returned. Please retain copies of your documents for your own records. You will be notified by mail and/or email if anything additional is needed for your Out-of-Pocket Expense Submission. Please make sure the Settlement Administrator has your current mail and email addresses.

I certify under penalty of perjury that this Out-of-Pocket Expense Submission and the documents provided to substantiate my expense submission are true and correct to the best of my knowledge.

Signature

Date (mm/dd/yyyy)

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

PRESENTACIÓN DE GASTOS DE BOLSILLO

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)

Si (1) Aetna rechazó su solicitud de precertificación o su reclamación en conexión con uno de un conjunto acordado de tratamientos de inseminación artificial (inseminación intracervical o "ICI", por sus siglas en inglés, o inseminación intrauterina, "IUI") o fertilización in vitro ("IVF") elegibles, o si Aetna habría rechazado su solicitud de cobertura para una inseminación artificial a la que se sometió entre el 1 de septiembre de 2017 y el 31 de mayo de 2024 y usted era parte de una Relación LGBTQ+ Elegible según se describe en la Notificación del Acuerdo de Liquidación, (2) no ha solicitado que se le excluya del acuerdo; e

(3) incurrió en gastos de bolsillo a raíz del rechazo, o rechazo previsto, por parte del Demandado de su solicitud de cobertura por infertilidad que superaron su monto Predeterminado de Pago Compensatorio por Beneficios o su laudo por Prueba de Atención Mayor a la Cubierta, puede ser elegible para recibir indemnización adicional y debe completar una Presentación de Gastos de Bolsillo.

Algunos ejemplos de gastos de bolsillo que pueden ser elegibles incluyen: ciclos de inseminación IUI; consultas con profesionales médicos relacionadas con servicios de IUI; viales de esperma de donantes; ultrasonidos y monitoreo de exámenes de sangre relacionados con ciclos de IUI; medicamentos relacionados con tratamientos de fertilidad e inyecciones desencadenantes relacionadas con ciclos de IUI, de estar cubiertos por su plan; kits de predicción de ovulación y pruebas de embarazo; y tratamientos de inseminación IVF y otros asociados, de estar cubiertos por su plan y, en el caso de personas de 37 años y menores, sujeto a haber completado al menos tres IUI.

El Administrador del Acuerdo debe recibir las Presentaciones de Gastos de Bolsillo completamente llenas y firmadas y los documentos de respaldo acompañantes antes de la Fecha Límite. El Interventor Especial, el Hon. Steven Gold, evaluará las Presentaciones de Gastos de Bolsillo y determinará qué indemnización adicional, de haberla, puede recibir de los fondos restantes del Fondo Común luego de que se haya pagado a todos los Miembros Participantes del Grupo de Demandantes su pago de aproximadamente \$10,000 o pagos reducidos proporcionalmente, de haber más de 200 Miembros del Grupo de Demandantes.

ES POSIBLE QUE NO HAYA FONDOS DISPONIBLES PARA PRESENTACIONES DE GASTOS DE BOLSILLO. COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO GARANTIZA QUE RECIBIRÁ INDEMNIZACIÓN ADICIONAL.

Puede enviar su formulario completado y su documentación por medio de cualquiera de las siguientes opciones antes del **26 de agosto de 2025**:

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

Fecha y monto del gasto	Descripción del gasto y documentos de respaldo <i>Identifique el gasto, la documentación que proporcionará como evidencia del gasto y la manera en que el gasto se relaciona con el rechazo o rechazo previsto de sus beneficios de infertilidad por parte de Aetna.</i>
\$ Fecha:	
\$ Fecha:	
\$ Fecha:	
\$ Fecha:	
\$ Fecha:	
\$ Fecha:	
\$ Fecha:	

Agregue gastos de bolsillo adicionales en una hoja de papel separada, de ser necesario.

Los documentos de respaldo que proporcione no se le enviarán de vuelta. Por favor conserve copias de sus documentos para sus propios registros. Se le notificará por correo postal y/o electrónico si se requiere cualquier otra cosa para su Presentación de Gastos de Bolsillo. Por favor, asegúrese de que el Administrador del Acuerdo cuente con sus direcciones de correo postal y electrónico actualizadas.

Certifico bajo pena de perjurio que esta Presentación de Gastos de Bolsillo y los documentos proporcionados para respaldar mi presentación de gastos son verdaderos y exactos según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

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