

Das vorliegende Dokument unterstützt die Kunden der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. beim Ausfüllen der Dokumente, die für Obamacare einzureichen sind. Es ersetzt weder eine Rechtsberatung noch die Informationen, die in den offiziellen „instructions“ des IRS zur Verfügung gestellt werden.

Bitte beachten Sie:

Die Formulare 1094-C und 1095-C sind nur von Unternehmen auszufüllen, die 2020 in den USA als „Applicable Large Employer“ eingestuft werden. Grundsätzlich ist dies der Fall, wenn Ihre Unternehmensgruppe mehr als 50 Vollzeitstellen inkl. Teilzeitkräfte in den USA beschäftigt hat. Diese Formulare senden Sie bitte nicht uns.

Für Details siehe www.irs.gov/affordable-care-act/employers

Die Formulare 1094-B und 1095-B sind von jedem Unternehmen auszufüllen, das 2020 Mitarbeiter in die USA entsendet hat und die dort steuerpflichtig sind. Senden Sie die ausgefüllten Formulare bitte an: Obamacare@signal-iduna.de

110116

Form **1094-B**

Transmittal of Health Coverage Information Returns

OMB No. 1545-2252

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

► Go to www.irs.gov/Form1094B for instructions and the latest information.

2020

1 Filer's name Firmierung des Arbeitgebers in Deutschland		2 Employer identification number (EIN)
3 Name of person to contact Vorname, Name Ansprechpartner beim Arbeitgeber (z.B. Personalverantwortlicher)		4 Contact telephone number Telefonnummer Ansprechpartner
5 Street address (including room or suite no.) Straße und Hausnummer des Firmensitzes des Arbeitgebers (s.1)	6 City or town Stadt	
7 State or province Bundesland oder Bundesstaat des Firmensitzes	8 Country and ZIP or foreign postal code Stadt und Postleitzahl	
9 Total number of Forms 1095-B submitted with this transmittal ►		

For Official Use Only


Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return and accompanying documents, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete.

► Signature _____ Title _____ Date _____

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions.

Cat. No. 61570P

Form **1094-B** (2020)

2: Falls vorhanden. Es handelt sich um eine Betriebsnummer, die in den USA vergeben wird.
 9: Anzahl der Formulare 1095-B, die eingereicht werden. Für jeden in den USA steuerpflichtigen, versicherten Entsendeten ist ein Formular 1095-B einzureichen.
 Das Formular ist außerdem zu unterzeichnen und mit dem Titel des Unterzeichners sowie einem Datum zu versehen.

560118

Form **1095-B** **Health Coverage** VOID CORRECTED OMB No. 1545-2252
 Department of the Treasury Internal Revenue Service **2020**
 ▶ Do not attach to your tax return. Keep for your records.
 ▶ Go to www.irs.gov/Form1095B for instructions and the latest information.

Part I Responsible Individual

1 Name of responsible individual—First name, middle name, last name
 Vorname Entsendeter ggf. 2. Vorname Nachname Entsendeter

2 Social security number (SSN) or other TIN

3 Date of birth (if SSN or other TIN is not available)

4 Street address (including apartment no.)
 4-7 Adresse des Entsendeten in den USA

5 City or town

6 State or province

7 Country and ZIP or foreign postal code

8 Enter letter identifying Origin of the Health Coverage (see instructions for codes): . . . ▶ B Reserved

Part II Information About Certain Employer-Sponsored Coverage (see instructions)

10 Employer name
 Für diesen Part Angaben des Arbeitgebers aus Formular 1094-B übernehmen (Ziffern 1,2,5,6,7,8)

11 Employer identification number (EIN)
 317/5951/0

12 Street address (including room or suite no.)

13 City or town
 Hamburg

14 State or province
 Hamburg

15 Country and ZIP or foreign postal code
 Germany, 20354

Part III Issuer or Other Coverage Provider (see instructions)

16 Name
 SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

17 Employer identification number (EIN)
 317/5951/0

18 Contact telephone number
 0049-40-41243207

19 Street address (including room or suite no.)
 Neue Rabenstraße 15-19

20 City or town
 Hamburg

21 State or province
 Hamburg

22 Country and ZIP or foreign postal code
 Germany, 20354

Part IV Covered Individuals (Enter the information for each covered individual.)

(a) Name of covered individual(s) First name, middle initial, last name	(b) SSN or other TIN	(c) DOB (if SSN or other TIN is not available)	(d) Covered all 12 months	(e) Months of coverage												
				Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	
23 Entsendeter			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Angehöriger 1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Angehöriger 2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 USW.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Part I

- 2: US-amerikanische Sozialversicherungsnummer des Entsandten eintragen (SSN = social security number, TIN = taxpayer identification number)
- 3: Falls keine Sozialversicherungsnummer nach (2) vorliegt, Geburtsdatum des Entsandten eintragen. Sonst freilassen.
- 8: Buchstabe B (= Employer-sponsored coverage), da der Versicherungsschutz über den Arbeitgeber abgeschlossen wurde.

Part IV

- Spalte b: US-amerikanische Sozialversicherungsnummer eintragen (SSN = social security number, TIN = taxpayer identification number), siehe auch Part I Ziffer 2
- Spalte c: Geburtsdatum angeben, falls keine Sozialversicherungsnummer nach (Spalte b) vorliegt.
- Spalte d: Ankreuzen, wenn Versicherungsschutz über die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G. für 12 Monate des Jahres 2020 bestand.
- Spalte e: Wenn Versicherungsschutz über die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G. für weniger als 12 Monate des Jahres 2020 bestand, die jeweiligen Monate ankreuzen, in denen der Versicherungsschutz gültig war.

Spalten (b) bis (e) für jede Person ausfüllen.

120118

Form **1094-C**
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Transmittal of Employer-Provided Health Insurance Offer and Coverage Information Returns

CORRECTED

OMB No. 1545-2251

2020

▶ Go to www.irs.gov/Form1094C for instructions and the latest information.

Part I Applicable Large Employer Member (ALE Member)

1 Name of ALE Member (Employer) Für Ziffern 1-8 Angaben aus 1094-B (Ziffern 1-8) übernehmen		2 Employer identification number (EIN)
3 Street address (including room or suite no.)		
4 City or town	5 State or province	6 Country and ZIP or foreign postal code
7 Name of person to contact		8 Contact telephone number
9 Name of Designated Government Entity (only if applicable) Ziffern 9-16 nur ausfüllen, wenn der Arbeitgeber eine Regierungseinrichtung ist		10 Employer identification number (EIN)
11 Street address (including room or suite no.)		
12 City or town	13 State or province	14 Country and ZIP or foreign postal code
15 Name of person to contact		16 Contact telephone number

For Official Use Only



17 Reserved

18 Total number of Forms 1095-C submitted with this transmittal ▶

19 Is this the authoritative transmittal for this ALE Member? If "Yes," check the box and continue. If "No," see instructions

Part II ALE Member Information

20 Total number of Forms 1095-C filed by and/or on behalf of ALE Member ▶

21 Is ALE Member a member of an Aggregated ALE Group? Yes No

If "No," do not complete Part IV.

22 Certifications of Eligibility (select all that apply):

- A. Qualifying Offer Method B. Reserved C. Reserved D. 98% Offer Method

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return and accompanying documents, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete.

Signature _____ Title _____ Date _____

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions.

Cat. No. 61571A

Form **1094-C** (2020)

120218

Form 1094-C (2020)

Page 2

Part III ALE Member Information—Monthly

		(a) Minimum Essential Coverage Offer Indicator		(b) Section 4980H Full-Time Employee Count for ALE Member	(c) Total Employee Count for ALE Member	(d) Aggregated Group Indicator	(e) Reserved
		Yes	No				
23	All 12 Months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
24	Jan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
25	Feb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
26	Mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
27	Apr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
28	May	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
29	June	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
30	July	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
31	Aug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
32	Sept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
33	Oct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
34	Nov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
35	Dec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Form 1094-C (2020)

120316

Form 1094-C (2020)

Page 3

Part IV Other ALE Members of Aggregated ALE Group

Enter the names and EINs of Other ALE Members of the Aggregated ALE Group (who were members at any time during the calendar year).

Name	EIN	Name	EIN
36		51	
37		52	
38		53	
39		54	
40		55	
41		56	
42		57	
43		58	
44		59	
45		60	
46		61	
47		62	
48		63	
49		64	
50		65	

Form 1094-C (2020)

Part I

17: Freilassen

18: Diese Zahl entspricht der Anzahl der eingereichten 1095-C Formulare.

19: Wenn Sie mit den vorliegenden Unterlagen eine Gesamt-Meldung für eine Gruppe verbundener Unternehmen vornehmen möchten, ankreuzen. Falls nicht, freilassen.

Part II

Ziffern 20-22 nur ausfüllen, wenn 19 (Part I) mit „ja“ beantwortet wurde. Sonst freilassen.

20: Diese Zahl entspricht der Anzahl der in den USA steuerpflichtigen Entsendeten der gesamten Unternehmensgruppe, da für jeden Steuerpflichtigen ein Formular 1095-C auszufüllen ist.

21: Um festzustellen ob ein Unternehmen oder eine Unternehmensgruppe als Applicable Large Employer (=ALE) gilt, werden alle Mitgliedsunternehmen einer Unternehmensgruppe unter gemeinsamer Führung zusammengefasst. Hat nun diese Unternehmensgruppe im Steuerjahr 2020 durchschnittlich 50 oder mehr Vollzeitstellen inkl. Teilzeitbeschäftigte in den USA, dann gilt die Unternehmensgruppe als ALE und jedes Mitgliedsunternehmen als ALE Member (wobei alle Beschäftigten aller Unternehmen der Unternehmensgruppe gemeinsam betrachtet werden). Siehe instructions S. 1.

22: US-amerikanische steuerliche Regelungen. Wenn keine davon auf Ihr Unternehmen zutrifft, freilassen.

Das Formular ist außerdem zu unterzeichnen und mit dem Titel des Unterzeichners sowie einem Datum zu versehen.

Part III

23 (a): „ja“ ankreuzen wenn der Arbeitgeber mindestens 95% seiner in die USA steuerpflichtigen Entsendeten sowie deren Angehörigen für 12 Monate Krankenversicherungsschutz über die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. angeboten hat

24 ff. a: Falls 23 (a) nicht bejaht wurde, hier für die einzelnen Kalendermonate angeben

Spalte (b): US-amerikanische Steuerregelung. Vgl. instructions S. 8-10.

Spalte (c): Tragen Sie hier die Gesamtzahl der Beschäftigten des ALE für jeden Kalendermonat ein, inkl. Teilzeitbeschäftigte und befristet Beschäftigte.

Spalte (d): Geben Sie hier an, in welchen Kalendermonaten der Arbeitgeber Mitglied einer ALE-Unternehmensgruppe war.

Spalte (e): wie Spalte (b).

Part IV

Namen und Betriebsnummern (= EIN) der anderen Unternehmen der ALE-Unternehmensgruppe eintragen.

600120

Form **1095-C**
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Employer-Provided Health Insurance Offer and Coverage

▶ Do not attach to your tax return. Keep for your records.
▶ Go to www.irs.gov/Form1095C for instructions and the latest information.

VOID

OMB No. 1545-2251

CORRECTED

2020

Part I Employee				Applicable Large Employer Member (Employer)				
1 Name of employee (first name, middle initial, last name) Beschäftigter		2 Social security number (SSN)		7 Name of employer Arbeitgeber			8 Employer identification number (EIN)	
3 Street address (including apartment no.) Ziffern 3-6: Anschrift in den USA				9 Street address (including room or suite no.)			10 Contact telephone number	
4 City or town	5 State or province	6 Country and ZIP or foreign postal code		11 City or town	12 State or province		13 Country and ZIP or foreign postal code	

Part II Employee Offer of Coverage	Employee's Age on January 1							Plan Start Month (enter 2-digit number):					
	All 12 Months	Jan	Feb	Mar	Apr	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec
14 Offer of Coverage (enter required code)													
15 Employee Required Contribution (see instructions)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
16 Section 4980H Safe Harbor and Other Relief (enter code, if applicable)													
17 ZIP Code													

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions.

Cat. No. 60705M

Form **1095-C** (2020)

Part I

2: US-amerikanische Sozialversicherungsnummer eintragen (SSN = social security number, TIN = taxpayer identification number)
Ziffern 7-13: Angaben des Arbeitgebers von 1094-B übernehmen.

Part II

Plan Start Month: optionale Angabe, freilassen.

Zeile 14: Bestand Versicherungsschutz für das ganze Jahr 2020, tragen Sie bitte unter „All 12 months“ 1E ein. Trifft dies nicht zu, bitte für die jeweiligen Monate 1E (für versichert) oder 1H (für nicht versichert) eintragen (vgl. instructions S. 11/12).

Zeile 15: Für alle Monate, in denen in Zeile 14 1E angegeben wurde – Anteil der Versicherungsprämie in US-Dollar angeben, den der Entsendete selbst finanziell getragen hat.

Zeile 16: US-amerikanische Steuerregelung, vgl. instructions S. 12.

Part IV

Spalte c: Geburtsdatum angeben, falls keine Sozialversicherungsnummer (Spalte b) vorliegt.

Spalte d: Ankreuzen, wenn Versicherungsschutz über die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. für 12 Monate des Jahres 2020 bestand.

Spalte e: Wenn Versicherungsschutz über die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. für weniger als 12 Monate des Jahres 2020 bestand, die jeweiligen Monate ankreuzen, in denen der Versicherungsschutz gültig war.