

Angaben gemäß DGSVO Stand: 01.02.2025

Name	Herkunft	Kategorie	Ausfüllbare Felder	Pflichtangabe	Zweck
Kontaktformular zur besonderen Versorgung	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/besondere-versorgung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/besondere-versorgung</a>	Absenderangaben	Vorname	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Name	ja	
	Versichertennummer	ja			
	E-Mailadresse	ja			
	Telefonnummer	nein			
		Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zum Sachverhalt.
Kontaktformular zur Krampfadern-OP	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/krampfadern-op">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/krampfadern-op</a>	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	nein	
			Postleitzahl	ja	Angaben, um das Anliegen vom Absender klären zu können.
	Ort	ja			
	Nachricht	Ihre Nachricht	nein	Weiterführende Informationen zum Sachverhalt.	
Teilnahmeformular planBaby	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen/familie/programm-planbaby/planbaby-teilnahme">https://www.die-ik.de/leistungen/familie/programm-planbaby/planbaby-teilnahme</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	nein	
			Name	nein	
			Versichertennummer	ja	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
			Wohnort	nein	
			Telefonnummer	nein	
E-Mailadresse	nein				
Teilnahmeformular BabyCare	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen/familie/programm-babycare/babycare-teilnahme">https://www.die-ik.de/leistungen/familie/programm-babycare/babycare-teilnahme</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
			Wohnort	nein	
			Telefonnummer	nein	
E-Mailadresse	ja				
Formular Pflegeberatung	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegeberatung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegeberatung</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum
			Vorname	nein	

	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/pflegeberatung">https://www.die-ik.de/versicherten-service/pflegeberatung</a> <a href="https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/pflegeberatung">https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/pflegeberatung</a>		Name	nein	Absender durch Empfänger.
			Versichertennummer	ja	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
			Wohnort	nein	
			E-Mailadresse	ja	
		Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zum Sachverhalt.
Formular Pflegecoach	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegecoach">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegecoach</a>	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Nachname	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	nein	
Nachricht	Ihre Frage an die Innovationskasse	ja	Weiterführende Fragen zum Thema an die IKK.		
Formular Pflegereform 2023	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegereform-2023">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/pflege/pflegereform-2023</a>	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	nein	
Nachricht	Ihre Frage an die IK	ja	Weiterführende Fragen zum Thema an die IKK.		
Anforderung des persönlichen Gutscheincodes zur ärztliche Zweitmeinung	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/aerztliche-zweitmeinung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/aerztliche-zweitmeinung</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	nein	
Supportformular zur ePA-App	<a href="https://www.die-ik.de/epa-support">https://www.die-ik.de/epa-support</a>	Absenderangaben	Versichertennummer	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			E-Mailadresse	ja	
		Anliegen	Angaben zum Problem oder Widerrufe	ja	Eingrenzung des Themengebiets
ePA Widerspruch	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/epa-fuer-alle">https://www.die-ik.de/versicherten-service/epa-fuer-alle</a>	Absenderangaben	Vorname	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
		Antragssteller	Erklärender des Widerspruchs	ja	Angaben zum gestzlichen Betreuer oder Erziehungsberechtigten
	Vorname des Betreuers / Erziehungsberechtigten	nein			

			Name des Betreuers / Erziehungsberechtigten	nein	
		Widerspruchsmöglichkeiten	Widerspruch gegen Anlage der elektronischen Patientenakte (ePA)	nein	Angaben zum Widerspruch
			Widerspruch gegen Übergabe von Leistungsdaten	nein	
			Widerspruch gegen Übergabe von E-Rezept-Fachdienstdaten	nein	
Kontaktformular Prävention	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionscenter">https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionscenter</a> <a href="https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionscenter">https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionscenter</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	nein	
E-Mailadresse	ja				
Anliegen	Ihr Anliegen	ja	Eingrenzung des Themengebiets		
Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.		
Teilnahmebestätigung hochladen	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionskurse">https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionskurse</a> <a href="https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionskurse">https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionskurse</a>	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
Unterlagen	Teilnahmebestätigung hochladen	ja	Nachweis		
Anfragen zur Sportmedizinischen Untersuchung	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/sportmedizinische-untersuchung">https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/sportmedizinische-untersuchung</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	nein	
Nachricht	Ihre Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.		
Anfordern einer PIN für die E-Rezept-App	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/e-rezept-app">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/e-rezept-app</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/e-rezept-app">https://www.die-ik.de/versicherten-service/e-rezept-app</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/e-rezept-app">https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/e-rezept-app</a>	Absenderangaben	Versichertennummer	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger
			E-Mailadresse	ja	
		Anliegen	Ihr Anliegen	ja	Eingrenzung des Themengebiets
Verordnung oder Antrag zur DiGA übermitteln	<a href="https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/diga-digitale-gesundheitsanwendung">https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/diga-digitale-gesundheitsanwendung</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/diga-digitale-gesundheitsanwendung">https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/diga-digitale-gesundheitsanwendung</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Versichertennummer	ja	

			E-Mailadresse	ja	
		Unterlagen	Verordnung oder Antrag hochladen	nein	Nachweis
Mitgliedschaftsantrag Langversion (Onlineantrag)	<a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag/">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag/</a>	Beginn Mitgliedschaft	Ich möchte Mitglied werden zum	ja	Datum zum Beginn des Vertragsverhältnisses
		Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger sowie zur Mitgliedschaft.
			Geschlecht	ja	
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsort	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Familienstand	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Wohnort	ja	
		Land	ja		
		E-Mail	ja		
		Telefon: Vorwahl	ja		
		Telefonnummer	ja		
		Bild Gesundheitskarte	Passbild-Datei	nein	Bilddatei für die Erstellung der elektronischen Gesundheitskarte
		Angaben zum Betrieb / zur Hochschule / zum Träger	Ihr Status (Tätigkeitsstatus)	ja	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.
			Ich gehöre zu folgendem Personenkreis	ja	
			Beginn Tätigkeit / Arbeitsverhältnis / Studium / Rente / Leistung ab	ja	
			Name des Betriebs / der Hochschule / des Trägers	ja	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
		Vorversicherungsdaten	Name der bisherigen	ja	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.
Art der Vorversicherung	ja				
Rentenversicherungsnummer	nein				
12 Monate oder länger	nein				
Angaben zur Familienversicherung	Ich habe einen Partner oder Kinder, die familienversichert werden sollen	ja	Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.		

		Kontaktinformationen	Ich bitte um Kontaktaufnahme	nein	Ergänzende Informationen zur Kontaktaufnahme.
			Sie erreichen mich am Besten	nein	
		Marktforschung	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	nein	Angaben zur Wirtschaftlichkeitsprüfung
Formular Weiterempfehlung (Die Innovationskasse empfehlen)	<a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/ikk-die-innovationskasse-empfehlen">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/ikk-die-innovationskasse-empfehlen</a>	Daten Empfehlender	Vorname	ja	Angaben zur Identifikation des Empfehlenden durch Empfänger.
			Name	ja	
			Versichertennummer (siehe IK-Versichertenkarte)	ja	
			E-Mailadresse	ja	
		Bankverbindung Empfehlender	Bank / Institut	nein	Daten für die Empfehlungsvergütung.
		Daten Empfohlener	IBAN	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Empfohlenen durch Empfänger sowie zur Anbahnung einer Mitgliedschaft.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Geburtsdatum	nein	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Wohnort	ja	
Kontaktaufnahme möglich per (Telefon, E-Mail)	nein				
Telefonnummer	nein				
E-Mailadresse	nein				
Formular Rückrufservice	<a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/rueckrufservice">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/rueckrufservice</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/rueckrufservice">https://www.die-ik.de/versicherten-service/rueckrufservice</a> <a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/rueckrufservice">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/rueckrufservice</a>	Terminaten	Rückruf am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
		Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Firma	nein	
			Telefonnummer	ja	
		E-Mailadresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja		
		Anliegen	Versichertennummer oder Betriebsnummer	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Nachricht	nein	
Formular Kontakt	<a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/kontakt-und-lob-kritik/kontakt">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/kontakt-und-lob-kritik/kontakt</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/kontakt-und-lob-kritik/kontakt">https://www.die-ik.de/versicherten-service/kontakt-und-lob-kritik/kontakt</a> <a href="https://www.die-ik.de/ueber-uns/kontakt-und-lob-kritik/kontakt">https://www.die-ik.de/ueber-uns/kontakt-und-lob-kritik/kontakt</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Firma	nein	
			Versichertennummer	nein	
			ggf. Betriebsnummer	nein	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	

			Postleitzahl	nein			
			Ort	nein			
			E-Mailadresse	ja			
			Personenkreis	nein			
		Nachrichtenzuordnung	Themenbereich	nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.		
			Thema Mitgliedschaft	nein			
			Thema Beiträge/Meldungen	nein			
			Thema Leistungen	nein			
			Thema Verträge	nein			
			Thema Zusatzangebote	nein			
			Thema Vorsorgeleistungen	nein			
			Thema Pflegeversicherung	nein			
			Thema Sonstiges	nein			
		Anliegen	Nachricht	ja		Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.	
			Datei 1 [Anhang]	nein			
			Datei 2 [Anhang]	nein			
			Datei 2 [Anhang]	nein			
Formular Lob und Kritik	<a href="https://www.die-ik.de/mitglied-werden/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik">https://www.die-ik.de/mitglied-werden/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik</a> <a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik">https://www.die-ik.de/versicherten-service/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik</a> <a href="https://www.die-ik.de/ueber-uns/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik">https://www.die-ik.de/ueber-uns/kontakt-und-lob-kritik/lob-kritik</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.		
			Vorname	nein			
			Name	nein			
			Unternehmen	nein			
			Versichertennummer	nein			
			ggf. Betriebsnummer	nein			
			Straße	nein			
			Hausnummer	nein			
			Postleitzahl	nein			
			Ort	nein			
			Telefonnummer	nein			
			Telefaxnummer	nein			
			E-Mailadresse	nein			
			Anliegen	Nachricht		nein	Ergänzende Angaben zum Anliegen um u.a. die interne Zuordnung zu ermöglichen.
			Formular Anforderung Mitgliedschaftszeiten(bescheinigung)	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-mitgliedschaftsbescheinigung">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-mitgliedschaftsbescheinigung</a>		Absenderangaben	Vorname
		Name			ja		
Straße	ja						
Hausnummer	ja						
Postleitzahl	ja						
Ort	ja						
Versichertennummer	ja						
Geburtsdatum	ja						
Telefonnummer	nein						
Telefaxnummer	nein						

			E-Mailadresse	ja	
		Ergänzende Angaben zur Anforderung	Anforderung	ja	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit.
			Ich nehme eine neue Beschäftigung auf.	ja	
			Datum des Arbeitsbeginns	nein	
			Name Firma [Arbeitgeber]	nein	
			Straße [Arbeitgeber]	nein	
			Hausnummer [Arbeitgeber]	nein	
			Postleitzahl [Arbeitgeber]	nein	
			Ort [Arbeitgeber]	nein	
			Ich werde / bin arbeitslos	ja	
			Datum des Beginns der Arbeitslosigkeit	nein	
Formular Anforderung Versicherungszeiten(bescheinigung)	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-versicherungszeiten">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-versicherungszeiten</a>	Absenderangaben	Vorname	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Name	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Ort	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Telefonnummer	nein	
			Telefaxnummer	nein	
		E-Mailadresse	ja		
		Ergänzende Angaben zur Bescheinigung	Zeitraum vom	ja	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.
			Zeitraum bis	ja	
			Für wen / welche Institution wird die Bescheinigung benötigt?	ja	
			Bei 'Berufsgenossenschaft' und 'Andere' bitte Bezeichnung eintragen	nein	
			Aus welchem Grund / für welche Prüfung benötigt die Institution Ihre Versicherungszeiten?	ja	
			Bei 'Andere' bitte Grund eintragen	nein	
		Formular Anforderung Anforderung Bescheinigung Arbeitsunfähigkeitszeiten	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-arbeitsunfaehigkeitszeiten">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-arbeitsunfaehigkeitszeiten</a>	Absenderangaben	Vorname
Name	ja				
Straße	ja				
Hausnummer	ja				
Postleitzahl	ja				

			Ort	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Telefonnummer	nein	
			Telefaxnummer	nein	
			E-Mailadresse	ja	
		Ergänzende Angaben zur Bescheinigung	Anforderung	ja	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.
			Zeitraum vom	ja	
			Zeitraum bis	ja	
			Ich benötige alle Arbeitsunfähigkeitszeiten	nein	
			Wenn Sie 'mit folgenden Diagnosen' ausgewählt haben, bitte gewünschte Diagnose(n) eintragen.	nein	
			Für wen / welche Institution wird die Bescheinigung benötigt?	ja	
			Wenn Sie 'Berufsgenossenschaft' oder 'Andere' ausgewählt haben bitte Namen / Bezeichnung eintragen.	nein	
			Aus welchem Grund / für welche Prüfung benötigen Sie / benötigt die Institution die Arbeitsunfähigkeitszeiten?	ja	
			Wenn Sie 'Andere' ausgewählt haben, bitte Grund eintragen.	nein	
			Sonstige Hinweise / Bemerkungen	nein	
Formular Anforderung Auslandkrankenschein	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-auslandskrankenschein">https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-auslandskrankenschein</a>	Absenderangaben	Vorname	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Name	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Ort	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Telefonnummer	nein	
			Telefaxnummer	nein	
			E-Mailadresse	ja	
			Versicherungsstatus	ja	



		Ergänzende Angaben zur Bescheinigung	Zeitraum vom Zeitraum bis Reiseziel Vorname Name + Geburtsname (1.) [Mitreisende Familienversicherte] Geburtsdatum (1.) [Mitreisende Familienversicherte] Vorname Name + Geburtsname (2.) [Mitreisende Familienversicherte] Geburtsdatum (2.) [Mitreisende Familienversicherte] Vorname Name + Geburtsname (3.) [Mitreisende Familienversicherte] Geburtsdatum (3.) [Mitreisende Familienversicherte] Vorname Name + Geburtsname (4.) [Mitreisende Familienversicherte] Geburtsdatum (4.) [Mitreisende Familienversicherte] Ständige Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)	ja ja ja ja nein nein nein nein nein nein nein nein nein	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.
Formular Newsletter Anmeldung	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/newsletter">https://www.die-ik.de/versicherten-service/newsletter</a>	Abonnementdaten	E-Mailadresse Newsletterauswahl [Kategorie]	ja ja	Angaben zum Erstellen eines Abonnements.
Formular Newsletter Abmeldung	<a href="https://www.die-ik.de/versicherten-service/newsletter/newsletter-abmeldung">https://www.die-ik.de/versicherten-service/newsletter/newsletter-abmeldung</a>	Abonnementdaten	E-Mail-Adresse	ja	Angaben zum Beenden eines Abonnements.
U1	<a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u1">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u1</a>	Absenderangaben	Rechtskreis Betriebsnummer Beitragskontonummer Name der Firma Straße Hausnummer	ja ja ja ja ja ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.

	Postleitzahl	ja	
	Ort	ja	
	Ansprechpartner	nein	
	Telefonnummer	nein	
	Telefaxnummer	nein	
	E-Mailadresse	ja	
Angaben zum Anliegen [Arbeitnehmer]	Vorname	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
	Name	ja	
	Rentenversicherungsnummer	ja	
	PKV versichert?	ja	
	LKK versichert?	ja	
	Geringfügige Beschäftigung (Minijob)	ja	
	Beschäftigt seit dem	nein	
	Erstattungszeitraum vom	ja	
	Erstattungszeitraum bis	ja	
	Art der Abrechnung	ja	
	Ist die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen?	ja	
	War der Arbeitnehmer wegen Schädigung durch einen Dritten arbeitsunfähig?	ja	
	Wurde am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?	ja	
	Wenn ja, wie lange? [in	nein	
	Abtretung nach § 5 AAG wird erklärt	ja	
	Art des Lohns	ja	
	Höhe des Lohns [in Euro]	ja	
	Monatliches Bruttoarbeitsentgelt / bei Seeleuten Durchschnitts-Heuer- Kenzahl [in Euro]	ja	
	Höhere BBG-RV KBS gilt	ja	
	Kalendertage [angefallene Arbeitszeit]	ja	
	Arbeitstage [angefallene Arbeitszeit]	ja	
	Stunden [angefallene Arbeitszeit]	ja	
	wöchentlich [Arbeitszeit]	ja	

			Täglich [Arbeitszeit]	ja	
			Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)	ja	
			Erstattungsansatz in vom Hundert	ja	
			Erstattungsbetrag	ja	
		Angaben zum Anliegen [Erstattung]	Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.	ja	
			Beitragsnachweis für	nein	
			Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden	ja	
			Name des Geldinstituts	nein	
			IBAN	nein	
			BIC	nein	
			Kontoinhaber	nein	
U2	<a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u2">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u2</a>	Absenderangaben	Rechtskreis	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Betriebsnummer	ja	
			Beitragskontonummer	ja	
			Name der Firma	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Ort	ja	
			Ansprechpartner	nein	
			Telefonnummer	nein	
			Telefaxnummer	nein	
			E-Mailadresse	ja	
		Angaben zum Anliegen [Arbeitnehmer]	Vorname	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Name	ja	
			Rentenversicherungsnummer	ja	
			PKV versichert?	ja	
			LKK versichert?	ja	
			Geringfügige Beschäftigung	ja	
			Beschäftigt seit dem	nein	
			Erstattungszeitraum vom	nein	
			Erstattungszeitraum bis	nein	

			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Art der Abrechnung</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Antrag auf Erstattung des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Letzter Arbeitstag / von Bord am</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Beitragsanteil des Arbeitgebers (gegebenenfalls pauschalisiert)</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Summe = Erstattungsbetrag U2</td> <td>ja</td> </tr> </tbody> </table>	Art der Abrechnung	ja	Antrag auf Erstattung des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)	ja	Letzter Arbeitstag / von Bord am	ja	Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)	ja	Beitragsanteil des Arbeitgebers (gegebenenfalls pauschalisiert)	ja	Summe = Erstattungsbetrag U2	ja									
Art der Abrechnung	ja																							
Antrag auf Erstattung des Arbeitgeberzuschusses zum Mutterschaftsgeld (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)	ja																							
Letzter Arbeitstag / von Bord am	ja																							
Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)	ja																							
Beitragsanteil des Arbeitgebers (gegebenenfalls pauschalisiert)	ja																							
Summe = Erstattungsbetrag U2	ja																							
		Angaben zum Anliegen [Erstattung]	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Beitragsnachweis für</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Name des Geldinstituts</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>IBAN</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>BIC</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Kontoinhaber</td> <td>nein</td> </tr> </tbody> </table>	Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden	ja	Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.	ja	Beitragsnachweis für	nein	Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden	ja	Name des Geldinstituts	nein	IBAN	nein	BIC	nein	Kontoinhaber	nein	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.				
Der Erstattungsbetrag soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden	ja																							
Der Erstattungsbetrag wird / wurde mit folgendem Beitragsnachweis verrechnet.	ja																							
Beitragsnachweis für	nein																							
Beitragsnachweis für soll auf das folgende Konto überwiesen werden	ja																							
Name des Geldinstituts	nein																							
IBAN	nein																							
BIC	nein																							
Kontoinhaber	nein																							
Formular Anforderung Unbedenklichkeitsbescheinigung	<a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/anforderung-unbedenklichkeitsbescheinigung">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/anforderung-unbedenklichkeitsbescheinigung</a>	Absenderangaben	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Name / Firma</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Straße</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Hausnummer</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Postleitzahl</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Ort</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Betriebsnummer</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Telefonnummer</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Telefaxnummer</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>E-Mailadresse</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Anzahl</td> <td>nein</td> </tr> </tbody> </table>	Name / Firma	nein	Straße	ja	Hausnummer	ja	Postleitzahl	ja	Ort	ja	Betriebsnummer	ja	Telefonnummer	nein	Telefaxnummer	nein	E-Mailadresse	ja	Anzahl	nein	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
Name / Firma	nein																							
Straße	ja																							
Hausnummer	ja																							
Postleitzahl	ja																							
Ort	ja																							
Betriebsnummer	ja																							
Telefonnummer	nein																							
Telefaxnummer	nein																							
E-Mailadresse	ja																							
Anzahl	nein																							
Fragebogen zur Führung des Beitragskontos	<a href="https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/fragebogen-zur-fuehrung-des-beitragskontos">https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/fragebogen-zur-fuehrung-des-beitragskontos</a>	Absenderangaben	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Betriebsnummer (achstellige Nummer)</td> <td>ja</td> </tr> </tbody> </table>	Betriebsnummer (achstellige Nummer)	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum																		
Betriebsnummer (achstellige Nummer)	ja																							

			Firmenname	ja	Absender durch Empfänger.
			Adresse	ja	
			Telefonnummer für Rückfragen	ja	
			Mobilnummer	ja	
			Telefaxnummer	ja	
		Angaben zur Kontoführung	Erfolgt die Abrechnung über einen Hauptbetrieb	ja	Angaben des Absenders zur Bearbeitung des Anliegens.
		Name und Anschrift des Hauptbetriebes	Name	nein	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
			Ort	nein	
			Betriebsnummer des Hauptbetriebs	nein	
		Bearbeitung der Steuern	Erladigt ein Steuerberater für Sie die Abrechnung	nein	Angaben des Absenders zur Bearbeitung des Anliegens.
			Name des Steuerberaters	nein	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
			Ort	nein	
			Betriebsnummer des Steuerberaters [wenn bekannt]	nein	
		Umlagepflicht	Besteht für den Betrieb aufgrund der Beschäftigtenzahl Umlagepflicht nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz in der U1?	nein	Angaben des Absenders zur Bearbeitung des Anliegens.
			Ich/wir wählen folgenden Erstattungssatz:	nein	
			IBAN	nein	
			BIC	nein	
			Beitragszahlung	nein	
			IBAN	nein	
			BIC	nein	
Formular Pressekontakt	<a href="https://www.die-ik.de/presse-news-medien/pressekontakt">https://www.die-ik.de/presse-news-medien/pressekontakt</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Nachname	ja	
			Unternehmen	nein	
			Telefonnummer	nein	
			Telefaxnummer	nein	
			E-Mailadresse	nein	

		Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.				
Antikorruption	<a href="https://www.die-ik.de/ueber-uns/antikorruption">https://www.die-ik.de/ueber-uns/antikorruption</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.				
			Vorname	nein					
			Name	nein					
			Unternehmen	nein					
			Versichertennummer	nein					
			ggf. Betriebsnummer	nein					
			Straße	nein					
			Hausnummer	nein					
			Postleitzahl	nein					
			Ort	nein					
			Telefonnummer	nein					
			Telefaxnummer	nein					
			E-Mailadresse	nein					
		Nachricht	Nachricht / Sachverhaltsschilderung	nein	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.				
Individuelle Beratung zu den Vorteilen der IKK - Die Innovationskasse	<a href="https://www.die-ik.de/vorteil-beratung">https://www.die-ik.de/vorteil-beratung</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.				
			Vorname	ja					
			Name	ja					
			Telefonnummer	ja					
			E-Mailadresse (falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind)	ja					
		Kontaktwunsch	am (Datum)	nein	Angaben des Absenders zur Bearbeitung des Anliegens.				
			um (Uhrzeit)	nein					
			oder zur günstigsten Tageszeit	nein					
Nachricht	Freitextfeld für sonstige Angaben / Fragen	nein	Weiterführende Informationen oder Fragen zu Sachverhalt.						
iHochZwei betstellen	<a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei">https://www.die-ik.de/ihochzwei</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-02-2021">https://www.die-ik.de/ihochzwei-02-2021</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-03-2021">https://www.die-ik.de/ihochzwei-03-2021</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-04-2021">https://www.die-ik.de/ihochzwei-04-2021</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-01-2022">https://www.die-ik.de/ihochzwei-01-2022</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-02-2022">https://www.die-ik.de/ihochzwei-02-2022</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-03-2022">https://www.die-ik.de/ihochzwei-03-2022</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-04-2022">https://www.die-ik.de/ihochzwei-04-2022</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-selbstoptimierung">https://www.die-ik.de/ihochzwei-selbstoptimierung</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-liebe">https://www.die-ik.de/ihochzwei-liebe</a> <a href="https://www.die-ik.de/ihochzwei-stress">https://www.die-ik.de/ihochzwei-stress</a>	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.				
			Vorname	ja					
			Name	ja					
			Straße	ja					
			Hausnummer	ja					
			Postleitzahl	ja					
			Ort	ja					
			E-Mailadresse	ja					
			Zustimmung Verlängerung Speicherung Ihrer Bewerbung	<a href="https://www.die-ik.de/karriere/bewerbermanagement">https://www.die-ik.de/karriere/bewerbermanagement</a>		Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
							Vorname	ja	
Name	ja								
Geburtsdatum	nein								

			E-Mailadresse	ja	
Bestellung von Sonnenschutz	<a href="https://www.die-ik.de/meisterdeinegesundheit/sonnenschutzpaket-bestellen">https://www.die-ik.de/meisterdeinegesundheit/sonnenschutzpaket-bestellen</a>	Absenderangaben	Firma	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Betriebsnummer	ja	
			Anzahl der Mitarbeiter	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Ort	ja	
		Adresszusatz (optional)	nein		
		Angaben zum Ansprechpartner	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
Nachname	ja				
E-Mailadresse	ja				
	Telefonnummer	nein			
Nachricht	Anmerkungen (optional)	nein	Weiterführende Informationen oder Fragen zu Sachverhalt.		
Bestellung einer Obstbox	<a href="https://www.die-ik.de/meisterdeinegesundheit/obstbox-gutschein">https://www.die-ik.de/meisterdeinegesundheit/obstbox-gutschein</a>	Eingabe des Gutschein-codes	Gutschein	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
		Absenderangaben	Firma	ja	
			Betriebsnummer	ja	
			Anzahl der Mitarbeiter	ja	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Ort	ja	
			Adresszusatz (optional)	nein	
		Angaben zum Ansprechpartner	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Nachname	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	nein	
		Nachricht	Anmerkungen (optional)	nein	Weiterführende Informationen oder Fragen zu Sachverhalt.
		Formular Löschung Ihrer Daten	<a href="https://www.die-ik.de/impressum-daten/datenschutzerklaerung/">https://www.die-ik.de/impressum-daten/datenschutzerklaerung/</a>	Absenderangaben	Nachname, Vorname
E-Mailadresse	ja				
Nachricht	Weitere Informationen			ja	Weiterführende Informationen oder Fragen zu Sachverhalt.
Kontakt zum Datenschutzbeauftragten	<a href="https://www.die-ik.de/impressum-daten/datenschutzerklaerung/">https://www.die-ik.de/impressum-daten/datenschutzerklaerung/</a>	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	nein	
			Name	nein	
			Telefonnummer	nein	
			E-Mailadresse	nein	

		Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen oder Fragen zu Sachverhalt.
--	--	-----------	-----------	----	---