

Angaben gemäß DSGVO Stand: 01.03.2025

Name	Herkunft	Kategorie	Ausfüllbare Felder	Pflichtangabe	Zweck
Bildupload für die gesundheitskarte	https://bild.die-ik.de/app/dieik/	Absenderangaben	Versichertennummer	ja	Zugangsdaten zum Login; Angaben zur Identifikation des Versicherten
			Geburtsdatum	ja	
		Upload	Datei auswählen	ja	Lichtbild für die eGK
		Einwilligung	Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten		Erforderliche Zustimmung zur Verarbeitung der Daten
		Bestätigung	Bestätigung Richtigkeit der Angaben	ja	Erforderliche Bestätigung zur Verarbeitung der Daten
Anforderung einer neuen Gesundheitskarte	https://osc.die- ik.de/bitgo_web/de/kundencenter_bitgo_1/antraege_bitgo_1/ /allgemein/ozg_antrag_neue_egk/egk_beantragen.html	Antrag	Nennen Sie den Grund für die Beantragung	nein	Angabe für die Kartenbestellung
		Bestätigung	Bestätigung Richtigkeit der Angaben und Übereinstimmung der Dokumente mit dem Original	ja	Erforderliche Bestätigung zur Verarbeitung der Daten
Antrag auf Erstattung kieferorthopädischen Behandlung	https://osc.die- ik.de/bitgo_web/de/kundencenter_bitgo_1/antraege_bitgo_1/ /ozg_leistungen/ozg_erstattung_kieferorthopaedische_beha ndlung/kieferorthopaedie.html	Bankverbindung	Auswahl der Bankverbindung für Erstattung	ja	Bankverbindung für die Erstattung
		Angaben zu dem behandelten Kind	Name des behandelten Kindes	ja	Angaben zur Erstattung
			Vorname des behandelten Kindes	ja	
			Geburtsdatum des behandelten Kindes	ja	
			Versicherungsnummer des behandelten Kindes	ja	
		Datum	Die Behandlung wurde beendet am	ja	
		Upload	Bescheinigung des Kieferorthopäden über das Behandlungsende und alle (Quartals-) Rechnungen	ja	Nachweis
		Weitere Angaben zur Situation	Stand in demselben Zeitraum ein weiteres Kind in kieferorthopädischer Behandlung?	ja	Angaben zur Erstattung
		Kontaktangaben	Telefonnummer	nein	Zur Kontaktaufnahme bei Rückfragen
		Bestätigung	Bestätigung Richtigkeit der Angaben und Übereinstimmung der Dokumente mit dem Original	ja	Erforderliche Bestätigung zur Verarbeitung der Daten
Antrag auf Erstattung eines Präventionskurs	https://osc.die- ik.de/bitgo_web/de/kundencenter_bitgo_1/antraege_bitgo_1/ /ozg_leistungen/ozg_praeventionsleistungen/praeventionsle istungen.html	Bankverbindung	Auswahl der Bankverbindung für Erstattung	ja	Bankverbindung für die Erstattung
		Angaben aus der Teilnahmebescheinigung	Art der Kurs-ID auf der Teilnahmebescheinigung	ja	Eindeutige Identifikation des Kurses

			Kurs-ID	ja	
			Teilnahme von	ja	Zeitraum des Kurses
			Teilnahme bis	ja	
			geplante Kurseinheiten	ja	Zur Prüfung, ob die Voraussetzungen zur Erstattung erfüllt sind
			teilgenommene Kurseinheiten	ja	
			Welches Präventionsprinzip ist auf Ihrem Formular angekreuzt?	ja	
			Teilnahmegebühr (in €)	ja	Höhe der Erstattung
			ausgestellt am	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrags
			Unterschrift des Kursleiters	ja	
		Upload	Bitte laden Sie hier die Teilnahmebescheinigung hoch	ja	Nachweis
		Bestätigung	Bestätigung Richtigkeit der Angaben und Übereinstimmung der Dokumente mit dem Original	ja	Erforderliche Bestätigung zur Verarbeitung der Daten
Antrag auf Kostenerstattung	https://osc.die-ik.de/bitgo_web/de/kundencenter_bitgo_1/antraege_bitgo_1/ozg_leistungen/ozg_wahl_der_kostenerstattung/wahl_kostenerstattung.html	Bankverbindung	Auswahl der Bankverbindung	ja	Bankverbindung für die Erstattung
		Beginn der Leistung	Hiermit beantrage ich die Kostenerstattung	ja	Leistungsbeginn
			Kostenerstattung ab	nein	
		Kostenerstattung	Die Kostenerstattung soll gelten für	ja	Angaben zur Kostenerstattung
		Einzelne Leistungsbereiche	ärztliche Behandlung	nein	Individuelle Auswahl zur Kostenerstattung
			Krankenhausbehandlung	nein	
			veranlasste Leistungen (z.B. Arzneimittel, Heilmittel)	nein	
	zahnärztliche Behandlung	nein			
Bestätigung	Bestätigung Richtigkeit der Angaben und Übereinstimmung der Dokumente mit dem Original	ja	Erforderliche Bestätigung zur Verarbeitung der Daten		
Antrag auf Mutterschaftsgeld	https://osc.die-ik.de/bitgo_web/de/kundencenter_bitgo_1/antraege_bitgo_1/ozg_leistungen/ozg_mutterschaftsgeld/mutterschaftsgeld_bitgo_2.html	Antrag	Was möchten Sie einreichen?	ja	Auswahl von mehreren Anträgen
		Bankverbindung	Auswahl der Bankverbindung	ja	Bankverbindung für die Erstattung
		Angaben zum Mutterschaftsgeld mit ärztlicher Bescheinigung über den mutmaßlichen Entbindungstag	Voraussichtlicher Entbindungstermin	ja	Berechnung der Schutzfrist
			Ausstellungsdatum der ärztlichen Bescheinigung	ja	
	Ich bin derzeit	ja	Unter anderem zur Meldung der Elternzeit und Berechnung des Elterngeldes		

		Mein Beschäftigungsverhältnis	nein	Erforderlichen Angaben, wenn ein Beschäftigungsverhältnis besteht	
		Name des Arbeitgebers	nein		
		Ende des Beschäftigungsverhältnisses	nein		
Antrag auf Mutterschaftsgeld mit Geburtsurkunde / Geburtsbescheinigung		Tag der Geburt	ja	Leistungsbeginn	
		Ich bin derzeit	ja	Unter anderem zur Meldung der Elternzeit und Berechnung des Elterngeldes	
		Mein Beschäftigungsverhältnis	nein	Erforderlichen Angaben, wenn ein Beschäftigungsverhältnis besteht	
		Name des Arbeitgebers	nein		
		Ende des Beschäftigungsverhältnisses	nein		
		Wer nimmt die Kindererziehungszeit nach der Geburt in Anspruch?	ja	Unter anderem zur Meldung der Elternzeit und Berechnung des Elterngeldes	
Geburtsurkunde / Geburtsbescheinigung (Antrag auf Mutterschaftsgeld wurde bereits gestellt)		Tag der Geburt		Leistungsbeginn	
		Wer nimmt die Kindererziehungszeit nach der Geburt in Anspruch?		Unter anderem zur Meldung der Elternzeit und Berechnung des Elterngeldes	
Upload		Upload der ärztlichen Bescheinigung (Vorderseite, ggf. Rückseite)	ja	Nachweis	
Bestätigung		Bestätigung Richtigkeit der Angaben und Übereinstimmung der Dokumente mit dem Original	ja	Erforderliche Bestätigung zur Verarbeitung der Daten	
Wahlerklärung zum Krankengeld für Selbstständige	https://osc.die-ik.de/bitgo_web/de/kundencenter_bitgo_1/antraege_bitgo_1/ozg_leistungen/ozg_wahlerklaerung_krankengeld/wahlerklaerung_kg_selbstaendig.html	Beginn der Leistung	Ich wähle den Krankengeldanspruch ab	ja	Gewünschter Leistungsbeginn
		Arbeitsfähigkeit	Ich bin arbeitsfähig	ja	Beginn der Absicherung (gesetzliche Vorgabe)
			Ich bin arbeitsunfähig seit dem	nein	
		Upload		Aktuelle Bescheinigung über das Ende der Arbeitsunfähigkeit	nein
Bestätigung		Bestätigung Richtigkeit der Angaben und Übereinstimmung der Dokumente mit dem Original	ja	Erforderliche Bestätigung zur Verarbeitung der Daten	

		Die Informationen zu den Anspruchsvoraussetzungen habe ich zur Kenntnis genommen. Über die dreijährige Bindungsfrist an den Krankengeldtarif wurde ich informiert.	ja
--	--	--	----