

Angaben gemäß DGSVO Stand: 01.09.2022

Name	Herkunft	Kategorie	Ausfüllbare Felder	Pflichtangabe	Zweck
Kontaktformular zur Krampfadern-OP	https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/klassische-leistungen/krampfadern-op	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Nachname	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	nein	
			Postleitzahl	ja	
		Ort	ja	Angaben, um das Anliegen vom Absender klären zu können.	
Nachricht	Ihre Nachricht	nein	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.		
Teilnahmeformular planBaby	https://www.die-ik.de/leistungen/familie/programm-planbaby/planbaby-teilnahme	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	nein	
			Nachname	nein	
			Versichertennummer	ja	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
			Wohnort	nein	
			Telefonnummer	nein	
			E-Mailadresse	nein	
Teilnahmeformular BabyCare	https://www.die-ik.de/leistungen/familie/programm-babycare/babycare-teilnahme	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Nachname	ja	
			Versichertennummer	ja	
			Straße	nein	
			Hausnummer	nein	
			Postleitzahl	nein	
			Wohnort	nein	
			Telefonnummer	nein	
			E-Mailadresse	ja	
Bestellen des Bonusheftes	https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/bonusprogramm	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Nachname	ja	
			Versichertennummer	ja	
			E-Mailadresse	ja	
		Bestellung zusätzlicher Bonushefte	Anzahl Bonushefte für Kinder	nein	Zusätzliche Informationen zur Erfüllung der Bestellung
Formular Pflegeberatung	https://www.die-ik.de/leistungen/pflegeversicherung/pflegeberatung	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum
			Vorname	nein	

	https://www.die-ik.de/versicherten-service/pflegeberatung https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/pflegeberatung		<table border="1"> <tr><td>Nachname</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Straße</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Hausnummer</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Postleitzahl</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Wohnort</td><td>nein</td></tr> <tr><td>E-Mailadresse</td><td>ja</td></tr> </table>	Nachname	nein	Versichertennummer	ja	Straße	nein	Hausnummer	nein	Postleitzahl	nein	Wohnort	nein	E-Mailadresse	ja	Absender durch Empfänger.
Nachname	nein																	
Versichertennummer	ja																	
Straße	nein																	
Hausnummer	nein																	
Postleitzahl	nein																	
Wohnort	nein																	
E-Mailadresse	ja																	
		Nachricht	<table border="1"> <tr><td>Nachricht</td><td>ja</td></tr> </table>	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.												
Nachricht	ja																	
Formular Pflegecoach	https://www.die-ik.de/leistungen/pflegeversicherung/pflegecoach	Absenderangaben	<table border="1"> <tr><td>Anrede</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Vorname</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Nachname</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>E-Mailadresse</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Telefonnummer</td><td>nein</td></tr> </table>	Anrede	ja	Vorname	ja	Nachname	ja	Versichertennummer	ja	E-Mailadresse	ja	Telefonnummer	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.		
Anrede	ja																	
Vorname	ja																	
Nachname	ja																	
Versichertennummer	ja																	
E-Mailadresse	ja																	
Telefonnummer	nein																	
		Nachricht	<table border="1"> <tr><td>Ihre Frage an die IKK</td><td>ja</td></tr> </table>	Ihre Frage an die IKK	ja	Weiterführende Fragen zum Thema an die IKK.												
Ihre Frage an die IKK	ja																	
Anforderung des persönlichen Gutscheincodes zur ärztliche Zweitmeinung	https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/aerztliche-zweitmeinung	Absenderangaben	<table border="1"> <tr><td>Anrede</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Vorname</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Nachname</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>E-Mailadresse</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Telefonnummer</td><td>nein</td></tr> </table>	Anrede	nein	Vorname	ja	Nachname	ja	Versichertennummer	ja	E-Mailadresse	ja	Telefonnummer	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.		
Anrede	nein																	
Vorname	ja																	
Nachname	ja																	
Versichertennummer	ja																	
E-Mailadresse	ja																	
Telefonnummer	nein																	
Supportformular zur ePA-App	https://www.die-ik.de/epa-support	Absenderangaben	<table border="1"> <tr><td>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>E-Mailadresse</td><td>ja</td></tr> </table>	Versichertennummer	ja	E-Mailadresse	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.										
Versichertennummer	ja																	
E-Mailadresse	ja																	
		Anliegen	<table border="1"> <tr><td>Angaben zum Problem oder Widerruf</td><td>ja</td></tr> </table>	Angaben zum Problem oder Widerruf	ja	Eingrenzung des Themengebiets												
Angaben zum Problem oder Widerruf	ja																	
Anfrag zur Ersattung der Rechnung	https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/impfungen https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/impfungen	Absenderangaben	<table border="1"> <tr><td>Anrede</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Vorname</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Name</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>E-Mailadresse</td><td>ja</td></tr> </table>	Anrede	nein	Vorname	ja	Name	ja	Versichertennummer	ja	E-Mailadresse	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.				
Anrede	nein																	
Vorname	ja																	
Name	ja																	
Versichertennummer	ja																	
E-Mailadresse	ja																	
		Unterlagen	<table border="1"> <tr><td>Rechnung hochladen</td><td>ja</td></tr> </table>	Rechnung hochladen	ja	Nachweis												
Rechnung hochladen	ja																	
		Bankverbindung Empfehlender	<table border="1"> <tr><td>Name des Kontoinhabers</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Name des Geldinstituts</td><td>nein</td></tr> <tr><td>IBAN</td><td>ja</td></tr> <tr><td>BIC</td><td>nein</td></tr> </table>	Name des Kontoinhabers	ja	Name des Geldinstituts	nein	IBAN	ja	BIC	nein	Angaben zur Erstattung der Rechnung						
Name des Kontoinhabers	ja																	
Name des Geldinstituts	nein																	
IBAN	ja																	
BIC	nein																	
Kontaktformular Prävention	https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionscenter https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionscenter	Absenderangaben	<table border="1"> <tr><td>Anrede</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Vorname</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Name</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Geburtsdatum</td><td>nein</td></tr> </table>	Anrede	nein	Vorname	ja	Name	ja	Versichertennummer	ja	Geburtsdatum	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.				
Anrede	nein																	
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	https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/praeventionskurse https://www.die-ik.de/ratgeber-gesundheit/gesundheitsleistungen/praeventionskurse	Absenderangaben	Anrede	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.	
			Vorname	ja		
			Name	ja		
			Versichertennummer	ja		
		Unterlagen	Teilnahmebestätigung hochladen	ja	Nachweis	
Anfragen zur Sportmedizinischen Untersuchung	https://www.die-ik.de/leistungen/vorsorgeleistungen/sportmedizinische-untersuchung	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	https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/e-rezept-app https://www.die-ik.de/versicherten-service/e-rezept-app https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/e-rezept-app	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	https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/diga-digitale-gesundheitsanwendung https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/diga-digitale-gesundheitsanwendung	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	
Kontaktformular Prävention	https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/kenkou https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/kenkou	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	Ihre Nachricht	ja	Weiterführende Informationen zu Sachverhalt.	
Teilnahmebestätigung hochladen	https://www.die-ik.de/leistungen-a-bis-z/apps-und-online/nichtraucherhelden	Absenderangaben	Anrede		Angaben zur Kontaktaufnahme zum	
				Vorname		

	https://www.die-ik.de/versicherten-service/apps-und-online/nichtraucherhelden		Name		Absender durch Empfänger.
			Versichertennummer		
			E-Mailadresse		
		Unterlagen	Teilnahmebestätigung hochladen		Nachweis
Mitgliedschaftsantrag Langversion (Onlineantrag)	https://www.die-ik.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag/ https://www.die-ik.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag-de https://www.die-ik.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag-ukraine https://www.die-ik.de/mitglied-werden/online-mitglied-werden/onlineantrag-russisch	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.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Geburtsname	nein	
			Geburtsort	nein	
			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				
Ort	nein				
Vorversicherungsdaten	Name der bisherigen		Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.		
	Art der Vorversicherung				
	Rentenversicherungsnummer				
	12 Monate oder länger	nein			

		Angaben zur Familienversicherung	Ich habe einen Partner oder Kinder, die familienversichert werden sollen		Ergänzende Informationen für eine Mitgliedschaft.
		Kontaktinformationen	Ich bitte um Kontaktaufnahme	nein	Ergänzende Informationen zur Kontaktaufnahme.
			Sie erreichen mich am Besten	nein	
Formular Weiterempfehlung (IKK Die Innovationskasse empfehlen)	https://www.die-ik.de/mitglied-werden/ikk-die-innovationskasse-empfehlen	Daten Empfehlender	Vorname	ja	Angaben zur Identifikation des Empfehlenden durch Empfänger.
			Name	ja	
			Versichertennummer (siehe IKK-Versichertenkarte)	ja	
			E-Mailadresse	ja	
		Bankverbindung Empfehlender	Bank / Institut	nein	Daten für die Empfehlungsvergütung.
			IBAN	nein	
		Daten Empföhlerer	Vorname	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Empföhleren durch Empfänger sowie zur Anbahnung einer Mitgliedschaft.
			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	https://www.die-ik.de/mitglied-werden/rueckrufservice https://www.die-ik.de/versicherten-service/rueckrufservice https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/rueckrufservice	Terminaten	am (Datum)	nein	Angaben zum Festlegen eines Termines.
		Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Firma	nein	
			Telefon-Nummer	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	https://www.die-ik.de/mitglied-werden/kontakt-und-lob-kritik/kontakt https://www.die-ik.de/versicherten-service/kontakt-und-lob-kritik/kontakt https://www.die-ik.de/ueber-uns/kontakt-und-lob-kritik/kontakt	Absenderangaben	Anrede
Vorname	ja				
Name	ja				
Firma	nein				
Versichertennummer	nein				

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

			<table border="1"> <tr><td>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Geburtsdatum</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>Anforderung</td><td>ja</td></tr> </table>	Versichertennummer	ja	Geburtsdatum	ja	Telefonnummer	nein	Telefaxnummer	nein	E-Mailadresse	ja	Anforderung	ja											
Versichertennummer	ja																									
Geburtsdatum	ja																									
Telefonnummer	nein																									
Telefaxnummer	nein																									
E-Mailadresse	ja																									
Anforderung	ja																									
		Ergänzende Angaben zur Anforderung	<table border="1"> <tr><td>Ich nehme eine neue Beschäftigung auf.</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Datum des Arbeitsbeginns</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Name Firma [Arbeitgeber]</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Straße [Arbeitgeber]</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Hausnummer [Arbeitgeber]</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Postleitzahl [Arbeitgeber]</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Ort [Arbeitgeber]</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Ich werde / bin arbeitslos</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Datum des Beginns der Arbeitslosigkeit</td><td>nein</td></tr> </table>	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	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)	https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-versicherungszeiten	Absenderangaben	<table border="1"> <tr><td>Vorname</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Name</td><td>ja</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>Versichertennummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Geburtsdatum</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> </table>	Vorname	ja	Name	ja	Straße	ja	Hausnummer	ja	Postleitzahl	ja	Ort	ja	Versichertennummer	ja	Geburtsdatum	ja	Telefonnummer	nein	Telefaxnummer	nein	E-Mailadresse	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
Vorname	ja																									
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	<table border="1"> <tr><td>Zeitraum vom</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Zeitraum bis</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Für wen / welche Institution wird die Bescheinigung benötigt?</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Bei 'Berufsgenossenschaft' und 'Andere' bitte Bezeichnung eintragen</td><td>nein</td></tr> <tr><td>Aus welchem Grund / für welche Prüfung benötigt die Institution Ihre Versicherungszeiten?</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Bei 'Andere' bitte Grund eintragen</td><td>nein</td></tr> </table>	Zeitraum vom	ja	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	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.										
Zeitraum vom	ja																									
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	https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-arbeitsunfaehigkeitszeiten	Absenderangaben	Vorname	ja	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Name	ja	
			Hausnummer	ja	
			Straße	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	https://www.die-ik.de/versicherten-service/online-services/anforderung-auslandskrankenschein	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	ja	Ergänzende Angaben zur Verbesserung der Bearbeitungsgenauigkeit und Ausstellung.
			Zeitraum bis	ja	
			Reiseziel	ja	
			Vorname Name + Geburtsname (1.) [Mitreisende Familienversicherte]	ja	
			Geburtsdatum (1.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Vorname Name + Geburtsname (2.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Geburtsdatum (2.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Vorname Name + Geburtsname (3.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Geburtsdatum (3.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Vorname Name + Geburtsname (4.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Geburtsdatum (4.) [Mitreisende Familienversicherte]	nein	
			Ständige Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)	nein	
Formular Newsletter Anmeldung	https://www.die-ik.de/versicherten-service/newsletter		Abonnementdaten	E-Mailadresse	
		Newsletterauswahl [Kategorie]		ja	

Formular Newsletter Abmeldung	https://www.die-ik.de/versicherten-service/newsletter/newsletter-abmeldung	Abonnementdaten	E-Mail-Adresse	ja	Angaben zum Beenden eines Abonnements.
U1	https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u1	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 (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				

			<table border="1"> <tr><td>Monatliches Bruttoarbeitsentgelt / bei Seeleuten Durchschnitts-Heuer-Kenzahl [in Euro]</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Höhere BBG-RV KBS gilt</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Kalendertage [angefallene Arbeitszeit]</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Arbeitstage [angefallene Arbeitszeit]</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Stunden [angefallene Arbeitszeit]</td><td>ja</td></tr> <tr><td>wöchentlich [Arbeitszeit]</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Täglich [Arbeitszeit]</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Fortgezahltes Bruttoarbeitsentgelt (ohne Einmalzahlung, ohne Überstundenvergütung, ohne Arbeitgeberanteile)</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Erstattungsansatz in vom Hundert</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Erstattungsbetrag</td><td>ja</td></tr> </table>	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	
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]	<table border="1"> <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> </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																							
U2	https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/erstattungsantrag-aag-u2	Absenderangaben	<table border="1"> <tr><td>Rechtskreis</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Betriebsnummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Beitragskontonummer</td><td>ja</td></tr> <tr><td>Name der Firma</td><td>ja</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> </table>	Rechtskreis	ja	Betriebsnummer	ja	Beitragskontonummer	ja	Name der Firma	ja	Straße	ja	Hausnummer	ja	Postleitzahl	ja	Ort	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.				
Rechtskreis	ja																							
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	
	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]	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	

Formular Anforderung Unbedenklichkeitsbescheinigung	https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/anforderung-unbedenklichkeitsbescheinigung	Absenderangaben	Kontoinhaber	nein	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Name / Firma	nein	
			Straße	ja	
			Hausnummer	ja	
			Postleitzahl	ja	
			Ort	ja	
			Betriebsnummer	nein	
			Telefonnummer	nein	
			Telefaxnummer	nein	
E-Mailadresse	ja				
Anzahl	nein				
Fragebogen zur Führung des Beitragkontos	https://www.die-ik.de/arbeitgeber-service/online-services/fragebogen-zur-fuehrung-des-beitragskontos	Absenderangaben	Betriebsnummer (achsstellige Nummer)	ja	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Firmenname	ja	
			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	Erledigt 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	https://www.die-ik.de/presse-news-medien/pressekontakt	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	https://www.die-ik.de/ueber-uns/antikorruption	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	
Individuelle Beratung zu den Vorteilen der IKK - Die Innovationskasse	https://www.die-ik.de/vorteil-beratung	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 betsellen	https://www.die-ik.de/ihochzwei https://www.die-ik.de/ihochzwei-02-2021 https://www.die-ik.de/ihochzwei-03-2021 https://www.die-ik.de/ihochzwei-04-2021 https://www.die-ik.de/ihochzwei-01-2022 https://www.die-ik.de/ihochzwei-02-2022	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	
Kontakt zum Ausbilder-Team	https://www.die-ik.de/karriere/ausbildung/kontakt-ausbilder-team	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben zur Kontaktaufnahme zum Absender durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			E-Mailadresse	ja	
			Telefonnummer	ja	
		Bevorzugte Kontaktart	nein		
Nachricht	Nachricht	ja	Weiterführende Informationen oder Fragen zu Sachverhalt.		
Zustimmung Verlängerung Speicherung Ihrer Bewerbung	https://www.die-ik.de/karriere/bewerbermanagement	Absenderangaben	Anrede	nein	Angaben des Absenders zur Zuordnung der Daten und Bearbeitung des Anliegens.
			Vorname	ja	
			Name	ja	
			Geburtsdatum	nein	
			E-Mailadresse	ja	
Bestellung einer Obstbox	https://www.die-ik.de/meisterdeinegesundheit/obstbox-gutschein	Eingabe des Gutscheincodes	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.		

