

Name	Herkunft	Kategorie	Ausfüllbare Felder	Pflichtangabe	Zweck		
Anmeldung zum Bonusprogramm	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/bonusprogramm/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/bonusprogramm/bonusprogramm_anmeldung.pdf	Adressdaten	Anrede	ja	Adressangaben für Kommunikation mit Vers./ggf. Aktualisierung der Daten		
			Name	ja			
			Vorname	ja			
			Straße, Hausnummer	ja			
					PLZ, Ort	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	Eindeutige Bankverbindung für Bonuszahlung notwendig/ggf. Aktualisierung der Daten		
				BIC		ja	
				Kontoinhaber		ja	
		Persönliche Daten	Geburtsdatum	ja	Daten für eindeutige Identifizierung des Versicherten in ISKV21c		
			Versichertennummer	ja			
			Telefon	ja	Erfassung/Aktualisierung von Kontaktdaten für ggf. notwendige Rückfragen		
			E-Mail	ja			
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit der Anmeldung		
Teilnahmeerklärung (Krankengeld Plus)	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/wahltarife/krankengeld-plus/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/wahltarife/krankengeld_plus/krankengeldplus_teilnahmeerklaerung.pdf	Datum	Datum	ja	Versicherungsbeginn		
		Versichertendaten	Vorname	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger		
			Name	ja			
			Straße, Hausnummer	ja			
			PLZ, Wohnort	ja			
			Krankenversicherungsnummer	ja			
			Geburtsdatum	ja			
			E-Mail-Adresse	nein			
		Telefon	nein				
		Zustimmung SEPA-Mandat	zum Ankreuzen	ja	Wahltarif ist nur mit SEPA-Mandat möglich		
		Gültigkeit SEPA-Mandat auch für die monatlichen Kranken- und Pflegekassenbeiträge	Zum Ankreuzen	ja			
		Unterschriftenfeld	Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
			Unterschrift des Versicherten	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
		SEPA-Lastschriftmandat	Mandatsreferenz	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger		
				Vorname	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Mandats	
				Name	ja		
				Straße, Hausnummer	ja		
				PLZ, Wohnort	ja		
				IBAN	ja		
				BIC (SWIFT-Code)	ja		
Name Kreditinstitut	ja						
Ort, Datum	ja						
Unterschrift des Versicherten	ja						
Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/familie/familienversicherung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/familienversicherung/familienversicherung_ausfuellbar.pdf	Allgemeine Angaben des Mitglieds	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger		
			Vorname	ja			
			Krankenversicherungsnummer	ja	Dient zur Feststellung, ob die Familienversicherung für Angehörige möglich ist		
			bisherige Versicherung	ja			
			Familienstand	ja			
			Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	ja			
			Beginn der Familienversicherung	ja			
			Telefonnummer	nein		Kontakterlaubnis für Rückfragen	
			E-Mail	nein			
			Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
		Unterschrift	ja				
		Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen	Name	ja	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme in die Familienversicherung möglich		
			Vorname	ja			
			Geschlecht	ja			
			Geburtsdatum	ja			
			ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	Pflichtfeld wenn zutreffend			
			Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	ja			
Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen	Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt	Pflichtfeld wenn zutreffend	Erforderlich zur Prüfung ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der Familienversicherung möglich ist				
	Name	Pflichtfeld wenn zutreffend					
	Vorname	Pflichtfeld wenn zutreffend					
	Die bisherige Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend					
	Art der bisherigen Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend					
	Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand	Pflichtfeld wenn zutreffend					
	Die bisherige Versicherung besteht weiter bei	Pflichtfeld wenn zutreffend					
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen	Selbständige Tätigkeit liegt vor	Pflichtfeld wenn zutreffend	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der				

		Gewinn aus selbständiger Tätigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend	Familienversicherung möglich ist	
		Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Wird Arbeitslosengeld II bezogen	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Schulbesuch/Studium	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Erwerbslosigkeit des Kindes	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige	Eigene Rentenversicherungsnummer ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger	
		Geburtsname	Pflichtfeld wenn zutreffend	Angaben erforderlich zur Beantragung einer Rentenversicherungsnummer	
		Geburtsort	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Geburtsland	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Staatsangehörigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Ort, Datum	Ort, Datum	ja	Erforderlich für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	Unterschrift	ja	
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/familie/familienversicherung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/familienversicherung/mitgliedschaftserklaerung_ausfuellbar.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name Vorname(n)	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	
			Familienstand	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
			Telefon	nein	
			E-Mail	nein	
			Rentenversicherungs-Nummer	nein	
			bisherige Krankenkasse	ja	
		Versichertennummer	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.	
		Familienversicherung über	ja	Angabe ist nur notwendig, wenn zuvor Familienversichert, um das Familienmeldeverfahren durchzuführen.	
		bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Dient zur Feststellung, ob	
		Kündigungsbestätigung bisherige Krankenkasse nicht erforderlich, weil (zum Ankreuzen)	nein		
		Arbeitnehmer/in - Azubi	Name des Arbeitgebers	Pflichtfeld nur für die Auswahl die getroffen wurde	
			Arbeitgeberbetriebsnummer		
			Telefon/Ansprechpartner		
			Straße, Hausnummer		
			PLZ, Ort		
		Selbstständige/r	Datum Beginn Selbstständigkeit		
			als		
		Student/in	Hoch-/Fachhochschule		
voraussichtlich bis					
Rentner/in - Rentenantragsteller/in	Ich habe einen Rentenantrag gestellt				
	Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung				
	Ich erhalte Versorgungsbezüge				
Freiwillig Versicherte/r	Beamter				
	Schüler				
	nicht erwerbstätig				
	Arbeitnehmer				

		Leistungsempfänger/in	Agentur für Arbeit (ALG I) ARGE (ALG II) Kundennummer der Agentur/ARGE Ort der Agentur/ARGE Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§16 Abs. 3a SGB V)				
		Opt-in	persönlich schriftlich telefonisch per SMS E-Mail	nein	Kontakterlaubnis zu Werbezwecken		
		Ort/Datum	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
		Unterschrift	Unterschrift	ja			
Antrag auf Leistungen der IKK Nord Pflegeversicherung	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/pflegeversicherung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/antrag_leistungen_der_pflegeversicherung.pdf	Absenderangaben	Name Vorname Straße, Hausnummer PLZ, Ort Geburtsdatum	ja ja ja ja ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.		
		Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.		
		Kommunikation	E-Mail-Adresse/Telefon	nein	kurze Kommunikationswege		
		Beihilfe/freie Heilfürsorge/Unfall	Name/Anschrift	ja	maßgeblich für die Höhe des Leistungsanspruches, vorrangiger Leistungsträger		
		Leistungserbringer	Name und Anschrift des ambulanten Pflegedienstes und der Pflegeperson	ja	Datenabgleich zur Übersendung des Leistungsbescheides. Wahl der beantragten Leistung.		
		Bankverbindung	Kontoinhaber/Kontodaten	ja	Überweisung des Pflegegeldes		
		behandelnder Arzt	Name/Anschrift	ja	Unterlagen/Rücksprache für MDK-Gutachter		
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
		Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
		Antrag auf vollstationäre Pflege zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/pflegeversicherung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/antrag_vollstationaere_pflege.pdf	Absenderangaben	Name Vorname Straße, Hausnummer PLZ, Ort Geburtsdatum	ja ja ja ja ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer			ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.		
Kommunikation	E-Mail-Adresse / Telefon			nein	kurze Kommunikationswege		
Beihilfe/freie Heilfürsorge	Name / Anschrift			ja	maßgeblich für die Höhe des Leistungsanspruches, vorrangiger Leistungsträger		
Leistungserbringer	Name und Anschrift / Aufnahme- und Aufenthaltsort der vollstationären Pflegeeinrichtung			ja	Datenabgleich zur Übersendung des Leistungsbescheides bzw. Aufenthaltsort für die MDK-Begutachtung		
behandelnder Arzt	Name/Anschrift			ja	Unterlagen/Rücksprache für MDK-Gutachter		
Datum	Datum			ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
Unterschrift	Unterschrift			ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
Antrag auf Leistungen der IKK Nord Pflegeversicherung	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/pflegeversicherung/pflegeberatung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/antrag_leistungen_der_pflegeversicherung.pdf			Absenderangaben	Name Vorname Straße, Hausnummer PLZ, Ort Geburtsdatum	ja ja ja ja ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
				Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
		Kommunikation	E-Mail-Adresse/Telefon	nein	kurze Kommunikationswege		
		Beihilfe/freie Heilfürsorge/Unfall	Name/Anschrift	ja	maßgeblich für die Höhe des Leistungsanspruches, vorrangiger Leistungsträger		
		Leistungserbringer	Name und Anschrift des ambulanten Pflegedienstes und der Pflegeperson	ja	Datenabgleich zur Übersendung des Leistungsbescheides. Wahl der beantragten Leistung.		
		Bankverbindung	Kontoinhaber/Kontodaten	ja	Überweisung des Pflegegeldes		
		behandelnder Arzt	Name/Anschrift	ja	Unterlagen/Rücksprache für MDK-Gutachter		
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
		Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
		Antrag auf vollstationäre Pflege zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/leistungen-a-bis-z/pflegeversicherung/pflegeberatung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/antrag_vollstationaere_pflege.pdf	Absenderangaben	Name Vorname Straße, Hausnummer PLZ, Ort Geburtsdatum	ja ja ja ja ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer			ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.		
Kommunikation	E-Mail-Adresse / Telefon			nein	kurze Kommunikationswege		
Beihilfe/freie Heilfürsorge	Name / Anschrift			ja	maßgeblich für die Höhe des Leistungsanspruches, vorrangiger Leistungsträger		

		Leistungserbringer	Name und Anschrift / Aufnahmedatum der vollstationären Pflegeeinrichtung	ja	Datenabgleich zur Übersendung des Leistungsbescheides bzw. Aufenthaltort für die MDK- Begutachtung
		behandelnder Arzt	Name/Anschrift	ja	Unterlagen/Rücksprache für MDK-Gutachter
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages
		Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/mitgliedschaft-allgemein/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/mitgliedschaft_allgemein/mitgliedschaftserklaerung_ausfuellbar.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name Vorname(n)	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	
			Familienstand	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
			Telefon	nein	
			E-Mail	nein	
			Rentenversicherungs-Nummer	nein	
		bisherige Krankenkasse	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein Wechsel in die GKV möglich ist.	
		Versichertennummer	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.	
		Familienversicherung über	ja	Angabe ist nur notwendig, wenn zuvor Familienversichert, um das Familienmeldeverfahren durchzuführen.	
		bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Dient zur Feststellung, ob	
		Kündigungsbefristung bisherige Krankenkasse nicht erforderlich, weil (zum Ankreuzen)	nein		
		Arbeitnehmer/in - Azubi	Name des Arbeitgebers	Pflichtfeld nur für die Auswahl die getroffen wurde	
			Arbeitgeberbetriebsnummer		
			Telefon/Ansprechpartner		
			Straße, Hausnummer		
			PLZ, Ort		
		Selbstständige/r	Datum Beginn Selbstständigkeit		
			als		
		Student/in	Hoch-/Fachhochschule		
voraussichtlich bis					
Rentner/in - Rentenantragsteller/in	Ich habe einen Rentenanspruch gestellt				
	Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung				
	Ich erhalte Versorgungsbezüge				
Freiwillig Versicherte/r	Beamter				
	Schüler				
	nicht erwerbstätig				
	Arbeitnehmer				
Leistungsempfänger/in	Agentur für Arbeit (ALG I)				
	ARGE (ALG II)				
	Kundennummer der Agentur/ARGE				
	Ort der Agentur/ARGE				
	Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§16 Abs. 3a SGB V)				
Opt-in	persönlich	nein	Kontakterlaubnis zu Werbezwecken		
	schriftlich				
	telefonisch				
	per SMS				
	E-Mail				
Ort/Datum	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens		
Unterschrift	Unterschrift	ja			
Muster des Kündigungsschreibens zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/mitgliedschaft-allgemein/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/mitgliedschaft_allgemein/musterkuendigung_ausfuellbar.pdf	Adressfeld	Adressangaben aktuelle Krankenkasse	ja	Empfänger des Schreibens.
		Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Ort	ja	
			Geburtsdatum	ja	
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.
Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.		
Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.		
Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/familienversicherung/ Datei:	Allgemeine Angaben des Mitglieds	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Vorname	ja	
			Krankenversichertennummer	ja	

https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/familienversicherung/familienversicherung_ausfuellbar.pdf

		bisherige Versicherung	ja	Dient zur Feststellung, ob die Familienversicherung für Angehörige möglich ist	
		Familienstand	ja		
		Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	ja		
		Beginn der Familienversicherung	ja		
		Telefonnummer	nein		Kontakterlaubnis für Rückfragen
		E-Mail	nein		
		Ort, Datum	ja		Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	ja		
	Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen	Name	ja	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme in die Familienversicherung möglich	
		Vorname	ja		
		Geschlecht	ja		
		Geburtsdatum	ja		
		ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	ja		
		Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt	Pflichtfeld wenn zutreffend		
	Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen	Name	Pflichtfeld wenn zutreffend	Erforderlich zur Prüfung ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der Familienversicherung möglich ist	
		Vorname	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Die bisherige Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Art der bisherigen Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Die bisherige Versicherung besteht weiter bei	Pflichtfeld wenn zutreffend		
	Sonstige Angaben zu Familienangehörigen	Selbständige Tätigkeit liegt vor	Pflichtfeld wenn zutreffend	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der Familienversicherung möglich ist	
		Gewinn aus selbständiger Tätigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Wird Arbeitslosengeld II bezogen	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Schulbesuch/Studium	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Erwerbslosigkeit des Kindes	Pflichtfeld wenn zutreffend		
	Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige	Eigene Rentenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger	
		Geburtsname	Pflichtfeld wenn zutreffend	Angaben erforderlich zur Beantragung einer Rentenversicherungsnummer	
		Geburtsort	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Geburtsland	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Staatsangehörigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Ort, Datum	Ort, Datum	ja	Erforderlich für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	Unterschrift	ja	
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/familienversicherung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/familienversicherung/mitgliedschaftserklaerung_ausfuellbar.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name Vorname(n)	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	
			Familienstand	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
			Telefon	nein	

			E-Mail	nein	
			Rentenversicherungs-Nummer	nein	
			bisherige Krankenkasse	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein Wechsel in die GKV möglich ist.
			Versichertennummer	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Familienversicherung über	ja	Angabe ist nur notwendig, wenn zuvor Familienversichert, um das Familienmeldeverfahren durchzuführen.
			bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Dient zur Feststellung, ob
			Kündigungsbestätigung bisherige Krankenkasse nicht erforderlich, weil (zum Ankreuzen)	nein	
		Arbeitnehmer/in - Azubi	Name des Arbeitgebers	Pflichtfeld nur für die Auswahl die getroffen wurde	
			Arbeitgeberbetriebsnummer		
			Telefon/Ansprechpartner		
			Straße, Hausnummer		
			PLZ, Ort		
		Selbstständige/r	Datum Beginn Selbstständigkeit		
			als		
		Student/in	Hoch-/Fachhochschule		
			voraussichtlich bis		
		Rentner/in - Rentenantragsteller/in	Ich habe einen Renten Antrag gestellt		
			Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung		
			Ich erhalte Versorgungsbezüge		
		Freiwillig Versicherte/r	Beamter		
			Schüler		
			nicht erwerbstätig		
			Arbeitnehmer		
		Leistungsempfänger/in	Agentur für Arbeit (ALG I)		
			ARGE (ALG II)		
			Kundennummer der Agentur/ARGE		
			Ort der Agentur/ARGE		
			Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§16 Abs. 3a SGB V)		
		Opt-in	persönlich	nein	Kontakterlaubnis zu Werbezwecken
			schriftlich		
			telefonisch		
			per SMS		
			E-Mail		
		Ort/Datum	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	Unterschrift	ja	
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/mitgliedschaft-fuer-azubis/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/mitgliedschaft_fuer_azubis/mitgliedschaftserklaerung_ausfuellbar.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name Vorname(n)	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
	Geschlecht zum Ankreuzen	ja			
	Geburtsname	ja			
	Geburtsdatum	ja			
	Geburtsort	ja			
	Familienstand	ja			
	Staatsangehörigkeit	ja			
	Straße, Hausnummer	ja			
	PLZ, Wohnort	ja			
	Steuerliche Identifikationsnummer	ja			
	Telefon	nein			
	E-Mail	nein			
	Rentenversicherungs-Nummer	nein			
		bisherige Krankenkasse	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein Wechsel in die GKV möglich ist.	
		Versichertennummer	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.	
		Familienversicherung über	ja	Angabe ist nur notwendig, wenn zuvor Familienversichert, um das Familienmeldeverfahren durchzuführen.	
		bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Dient zur Feststellung, ob	
		Kündigungsbestätigung bisherige Krankenkasse nicht erforderlich, weil (zum Ankreuzen)	nein		
		Arbeitnehmer/in - Azubi	Name des Arbeitgebers	Pflichtfeld nur für die Auswahl die getroffen wurde	
			Arbeitgeberbetriebsnummer		
			Telefon/Ansprechpartner		
			Straße, Hausnummer		
			PLZ, Ort		
		Selbstständige/r	Datum Beginn Selbstständigkeit		

			als		
		Student/in	Hoch-/Fachhochschule voraussichtlich bis		
		Rentner/in - Rentenantragsteller/in	Ich habe einen Rentenantrag gestellt Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung Ich erhalte Versorgungsbezüge		
		Freiwillig Versicherte/r	Beamter Schüler nicht erwerbstätig Arbeitnehmer		
		Leistungsempfänger/in	Agentur für Arbeit (ALG I) ARGE (ALG II) Kundennummer der Agentur/ARGE Ort der Agentur/ARGE Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§16 Abs. 3a SGB V)		
		Opt-in	persönlich schriftlich telefonisch per SMS E-Mail	nein Kontakterlaubnis zu Werbezwecken	
		Ort/Datum	Ort/Datum	ja	
		Unterschrift	Unterschrift	ja Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens	
Muster des Kündigungsschreibens zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/mitgliedschaft-fuer-azubis/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/mitgliedschaft_fuer_azubis/musterkuendigung_ausfuellbar.pdf	Adressfeld	Adressangaben aktuelle Krankenkasse	ja	Empfänger des Schreibens.
		Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Ort	ja	
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.
Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.		
Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.		
Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/studentenversicherung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/studentenversicherung/familienversicherung_ausfuellbar.pdf	Allgemeine Angaben des Mitglieds	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Vorname	ja	
			Krankenversicherungsnummer	ja	
			bisherige Versicherung	ja	Dient zur Feststellung, ob die Familienversicherung für Angehörige möglich ist
			Familienstand	ja	
			Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	ja	
			Beginn der Familienversicherung	ja	
			Telefonnummer	nein	Kontakterlaubnis für Rückfragen
			E-Mail	nein	
			Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	ja		
		Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen	Name	ja	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme in die Familienversicherung möglich
			Vorname	ja	
			Geschlecht	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	ja	
		Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen	Name	Pflichtfeld wenn zutreffend	Erforderlich zur Prüfung ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der Familienversicherung möglich ist
			Vorname	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Die bisherige Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Art der bisherigen Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand	Pflichtfeld wenn zutreffend	
Die bisherige Versicherung besteht weiter bei	Pflichtfeld wenn zutreffend				
Sonstige Angaben zu Familienangehörigen	Selbständige Tätigkeit liegt vor		Pflichtfeld wenn zutreffend	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der Familienversicherung möglich ist	
	Gewinn aus selbständiger Tätigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend			
	Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Pflichtfeld wenn zutreffend			
	Wird Arbeitslosengeld II bezogen	Pflichtfeld wenn zutreffend			

			Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Schulbesuch/Studium	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Erwerbslosigkeit des Kindes	Pflichtfeld wenn zutreffend	
		Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige	Eigene Rentenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Geburtsname	Pflichtfeld wenn zutreffend	Angaben erforderlich zur Beantragung einer Rentenversicherungsnummer
			Geburtsort	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Geburtsland	Pflichtfeld wenn zutreffend	
			Staatsangehörigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend	
		Ort, Datum	Ort, Datum	ja	Erforderlich für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	Unterschrift	ja	
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/studentenversicherung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/studentenversicherung/mitgliedschaftserklaerung_ausfuellbar.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name Vorname(n)	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	
			Familienstand	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
			Telefon	nein	
			E-Mail	nein	
			Rentenversicherungs-Nummer	nein	
		bisherige Krankenkasse	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein Wechsel in die GKV möglich ist.	
		Versichertennummer	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.	
		Familienversicherung über	ja	Angabe ist nur notwendig, wenn zuvor Familienversichert, um das Familienmeldeverfahren durchzuführen.	
		bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Dient zur Feststellung, ob	
		Kündigungsbestätigung bisherige Krankenkasse nicht erforderlich, weil (zum Ankreuzen)	nein		
		Arbeitnehmer/in - Azubi	Name des Arbeitgebers	Pflichtfeld nur für die Auswahl die getroffen wurde	
			Arbeitgeberbetriebsnummer		
			Telefon/Ansprechpartner		
			Straße, Hausnummer		
			PLZ, Ort		
		Selbstständige/r	Datum Beginn Selbstständigkeit		
			als		
		Student/in	Hoch-/Fachhochschule		
voraussichtlich bis					
Rentner/in - Rentenantragsteller/in	Ich habe einen Rentenantrag gestellt				
	Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung				
	Ich erhalte Versorgungsbezüge				
Freiwillig Versicherte/r	Beamter				
	Schüler				
	nicht erwerbstätig				
	Arbeitnehmer				
Leistungsempfänger/in	Agentur für Arbeit (ALG I)				
	ARGE (ALG II)				
	Kundennummer der Agentur/ARGE				
	Ort der Agentur/ARGE				
	Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§16 Abs. 3a SGB V)				
Opt-in	persönlich	nein	Kontakterlaubnis zu		

			schriftlich		Werbezwecken
			telefonisch		
			per SMS		
			E-Mail		
		Ort/Datum	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	Unterschrift	ja	
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/freiwillige-mitgliedschaft/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/freiwillige_mitgliedschaft/mitgliedschaftserklaerung_ausfuellbar.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name Vorname(n)	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	
			Familienstand	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
			Telefon	nein	
			E-Mail	nein	
			Rentenversicherungs-Nummer	nein	
		bisherige Krankenkasse	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein Wechsel in die GKV möglich ist.	
		Versichertennummer	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.	
		Familienversicherung über	ja	Angabe ist nur notwendig, wenn zuvor Familienversichert, um das Familienmeldeverfahren durchzuführen.	
		bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Dient zur Feststellung, ob	
		Kündigungsbestätigung bisherige Krankenkasse nicht erforderlich, weil (zum Ankreuzen)	nein		
		Arbeitnehmer/in - Azubi	Name des Arbeitgebers	Pflichtfeld nur für die Auswahl die getroffen wurde	
Arbeitgeberbetriebsnummer					
Selbstständige/r	Telefon/Ansprechpartner				
	Straße, Hausnummer				
Student/in	PLZ, Ort				
	Datum Beginn Selbstständigkeit als				
Rentner/in - Rentenantragsteller/in	Hoch-/Fachhochschule				
	voraussichtlich bis				
Freiwillig Versicherte/r	Ich habe einen Rentenantrag gestellt				
	Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung				
	Ich erhalte Versorgungsbezüge				
Leistungsempfänger/in	Beamter				
	Schüler				
	nicht erwerbstätig				
	Arbeitnehmer				
	Agentur für Arbeit (ALG I)				
Opt-in	ARGE (ALG II)	nein			
	Kundennummer der Agentur/ARGE				
	Ort der Agentur/ARGE				
	Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§16 Abs. 3a SGB V)				
	persönlich	Kontakterlaubnis zu Werbezwecken			
	schriftlich				
	telefonisch				
	per SMS				
	E-Mail				
	Ort/Datum	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens	
	Unterschrift	Unterschrift	ja		
Muster des Kündigungsschreibens zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/mitglied-werden/freiwillige-mitgliedschaft/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/mitglied_werden/freiwillige_mitgliedschaft/musterkündigung_ausfuellbar.pdf	Adressfeld	Adressangaben aktuelle Krankenkasse	ja	Empfänger des Schreibens.
		Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Ort	ja	
			Geburtsdatum	ja	
Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.		
Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.		
Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.		
Mitgliedschaftserklärung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/formular-download/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/online_services/formular_download/mitgliedschaftserklaerung_ausfuellbar.pdf	Beginn der Mitgliedschaft	Datum	ja	Versicherungsbeginn
		Persönliche Daten	Name Vorname(n)	ja	Notwendig zur Aufnahme des Versicherten
			Geschlecht zum Ankreuzen	ja	
			Geburtsname	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Geburtsort	ja	

			Familienstand	ja	
			Staatsangehörigkeit	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Wohnort	ja	
			Steuerliche Identifikationsnummer	ja	
			Telefon	nein	
			E-Mail	nein	
			Rentenversicherungs-Nummer	nein	
			bisherige Krankenkasse	ja	Zwecks Klärung von Vorversicherungszeiten, bei PKV zur Prüfung, ob ein Wechsel in die GKV möglich ist.
			Versichertennummer	nein	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Familienversicherung über	ja	Angabe ist nur notwendig, wenn zuvor Familienversichert, um das Familienmeldeverfahren durchzuführen.
			bisher versichert als (zum Ankreuzen)	ja	Dient zur Feststellung, ob
			Kündigungsbestätigung bisherige Krankenkasse nicht erforderlich, weil (zum Ankreuzen)	nein	
		Arbeitnehmer/in - Azubi	Name des Arbeitgebers	Pflichtfeld nur für die Auswahl die getroffen wurde	
			Arbeitgeberbetriebsnummer		
			Telefon/Ansprechpartner		
			Straße, Hausnummer		
			PLZ, Ort		
		Selbstständige/r	Datum Beginn Selbstständigkeit		
			als		
		Student/in	Hoch-/Fachhochschule		
			voraussichtlich bis		
		Rentner/in - Rentenantragsteller/in	Ich habe einen Renten Antrag gestellt		
			Ich beziehe eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung		
			Ich erhalte Versorgungsbezüge		
		Freiwillig Versicherte/r	Beamter		
			Schüler		
			nicht erwerbstätig		
			Arbeitnehmer		
		Leistungsempfänger/in	Agentur für Arbeit (ALG I)		
			ARGE (ALG II)		
			Kundennummer der Agentur/ARGE		
			Ort der Agentur/ARGE		
			Mein Leistungsanspruch ruht zur Zeit (§16 Abs. 3a SGB V)		
		Opt-in	persönlich	nein	Kontakterlaubnis zu Werbezwecken
			schriftlich		
			telefonisch		
			per SMS		
			E-Mail		
		Ort/Datum	Ort/Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
		Unterschrift	Unterschrift	ja	
Muster des Kündigungsschreibens zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/formular-download/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/online_services/formular_download/musterkuendigung_ausfuellbar.pdf	Adressfeld	Adressangaben aktuelle Krankenkasse	ja	Empfänger des Schreibens.
		Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Vorname	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Ort	ja	
			Geburtsdatum	ja	
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.
		Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
		Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens.
Fragebogen für die Aufnahme in die Familienversicherung zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/online-services/formular-download/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/online_services/formular_download/familienversicherung_ausfuellbar.pdf	Allgemeine Angaben des Mitglieds	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger
			Vorname	ja	
			Krankenversicherungsnummer	ja	Dient zur Feststellung, ob die Familienversicherung für Angehörige möglich ist
			bisherige Versicherung	ja	
			Familienstand	ja	
			Anlass für die Aufnahme in die Familienversicherung	ja	
			Beginn der Familienversicherung	ja	
			Telefonnummer	nein	Kontakterlaubnis für Rückfragen
			E-Mail	nein	
			Ort, Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Schreibens
			Unterschrift	ja	
		Allgemeine Angaben zu Familienangehörigen	Name	ja	Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme in die Familienversicherung möglich
			Vorname	ja	
			Geschlecht	ja	
			Geburtsdatum	ja	

			ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Verwandtschaftsverhältnis des Mitglieds zum Kind	ja		
			Ist der Ehegatte mit dem Kind verwandt	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Angaben zur letzten bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen	Name	Pflichtfeld wenn zutreffend	Erforderlich zur Prüfung ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der Familienversicherung möglich ist	
			Vorname	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Die bisherige Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Art der bisherigen Versicherung	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Sofern zuletzt eine Familienversicherung bestand	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Die bisherige Versicherung besteht weiter bei	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Sonstige Angaben zu Familienangehörigen	Selbständige Tätigkeit liegt vor	Pflichtfeld wenn zutreffend		Erforderlich zur Prüfung, ob eine Aufnahme oder der Verbleib in der Familienversicherung möglich ist
			Gewinn aus selbständiger Tätigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Bruttoarbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Wird Arbeitslosengeld II bezogen	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Sonstige regelmäßige monatliche Einkünfte im Sinne des Einkommenssteuerrechts	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Schulbesuch/Studium	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Erwerbslosigkeit des Kindes	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Angaben zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer für familienversicherte Angehörige	Eigene Rentenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger	
			Geburtsname	Pflichtfeld wenn zutreffend	Angaben erforderlich zur Beantragung einer Rentenversicherungsnummer	
			Geburtsort	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Geburtsland	Pflichtfeld wenn zutreffend		
			Staatsangehörigkeit	Pflichtfeld wenn zutreffend		
		Ort, Datum	Ort, Datum	ja	Erforderlich für die Rechtsgültigkeit des Schreibens	
		Unterschrift	Unterschrift	ja		
Antrag auf Leistungen der IKK Nord Pflegeversicherung	Seite: https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/pflegeberatung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/antrag_leistungen_der_pflegeversicherung.pdf	Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.	
			Vorname	ja		
			Straße, Hausnummer	ja		
			PLZ, Ort	ja		
			Geburtsdatum	ja		
			Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
			Kommunikation	E-Mail-Adresse/Telefon	nein	kurze Kommunikationswege
			Beihilfe/freie Heilfürsorge/Unfall	Name/Anschrift	ja	maßgeblich für die Höhe des Leistungsanspruches, vorrangiger Leistungsträger
			Leistungserbringer	Name und Anschrift des ambulanten Pflegedienstes und der Pflegeperson	ja	Datenabgleich zur Übersendung des Leistungsbescheides. Wahl der beantragten Leistung.
			Bankverbindung	Kontoinhaber/Kontodaten	ja	Überweisung des Pflegegeldes
	behandelnder Arzt	Name/Anschrift	ja	Unterlagen/Rücksprache für MDK-Gutachter		
	Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
	Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages		
Antrag auf vollstationäre Pflege zum Ausfüllen am Bildschirm	Seite: https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/pflegeberatung/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/	Absenderangaben	Name	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.	
			Vorname	ja		
			Straße, Hausnummer	ja		
			PLZ, Ort	ja		

	leistungen_a_bis_z/pflegeversicherung/ antrag_vollstationaere_pflege.pdf		Geburtsdatum	ja	
		Krankenversicherungsnummer	Krankenversicherungsnummer	ja	Angaben zur Identifikation des Absenders durch Empfänger.
		Kommunikation	E-Mail-Adresse / Telefon	nein	kurze Kommunikationswege
		Beihilfe/freie Heilfürsorge	Name / Anschrift	ja	maßgeblich für die Höhe des Leistungsanspruches, vorrangiger Leistungsträger
		Leistungserbringer	Name und Anschrift / Aufnahmedatum der vollstationären Pflegeeinrichtung	ja	Datenabgleich zur Übersendung des Leistungsbescheides bzw. Aufenthaltsort für die MDK-Begutachtung
		behandelnder Arzt	Name/Anschrift	ja	Unterlagen/Rücksprache für MDK-Gutachter
		Datum	Datum	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages
		Unterschrift	Unterschrift	ja	Nötig für die Rechtsgültigkeit des Antrages
SEPA-Mandat	Seite: https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/sepa-zahlungsverkehr/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/sepa_zahlungsverkehr/ikk_nord_sepa_mandat.pdf	Absenderangaben	Name	ja	Pflichtangaben laut SEPA Direct Debit Rulebook zur Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren
			Vorname	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Ort	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Datum	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	
			BIC	ja	
			Name Kreditinstitut	ja	
		Ort, Datum	Ort, Datum	ja	
		Unterschrift	Unterschrift des Versicherten	ja	
SEPA-Mandat einmalig	Seite: https://www.ikk-nord.de/versicherten-service/sepa-zahlungsverkehr/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/versicherten_service/sepa_zahlungsverkehr/ikk_nord_sepa_mandat_einmalig.pdf	Absenderangaben	Name	ja	Pflichtangaben laut SEPA Direct Debit Rulebook zur Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren
			Vorname	ja	
			Straße, Hausnummer	ja	
			PLZ, Ort	ja	
			Geburtsdatum	ja	
			Datum	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	
			BIC	ja	
			Name Kreditinstitut	ja	
		Ort, Datum	Ort, Datum	ja	
		Unterschrift	Unterschrift des Versicherten	ja	
SEPA-Mandat Rechtskreis Ost	Seite: https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/sepa-zahlungsverkehr/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/sepa/ikk_nord_ag_sepa_mandat_rk_ost.pdf	Absender	Absender	nein	Unterstützt die Identifikation
			Betriebsnummer	ja	Wird zur Identifikation benötigt.
		Absenderangaben	Vorname und Name Kontoinhaber	ja	Pflichtangaben in einem Mandat.
			Name des Geldinstituts	ja	
			Straße und Hausnummer	ja	
			Postleitzahl und Ort	ja	
			Kreditinstitut (Name und BIC)	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	
		Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift	ja	
SEPA-Mandat Rechtskreis West	Seite: https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/sepa-zahlungsverkehr/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/sepa/ikk_nord_ag_sepa_mandat_rk_west.pdf	Absender	Absender	nein	Unterstützt die Identifikation
			Betriebsnummer	ja	Wird zur Identifikation benötigt.
		Absenderangaben	Vorname und Name Kontoinhaber	ja	Pflichtangaben in einem Mandat.
			Name des Geldinstituts	ja	
			Straße und Hausnummer	ja	
			Postleitzahl und Ort	ja	
			Kreditinstitut (Name und BIC)	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	
		Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift	ja	
SEPA-Mandat Rechtskreis Ost	Seite: https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/online_services/formular_download/ikk_nord_ag_sepa_mandat_rk_ost.pdf	Absender	Absender	nein	Unterstützt die Identifikation
			Betriebsnummer	ja	Wird zur Identifikation benötigt.
		Absenderangaben	Vorname und Name Kontoinhaber	ja	Pflichtangaben in einem Mandat.
			Name des Geldinstituts	ja	
			Straße und Hausnummer	ja	
			Postleitzahl und Ort	ja	
			Kreditinstitut (Name und BIC)	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	
		Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift	ja	
SEPA-Mandat Rechtskreis West	Seite: https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/online_services/formular_download/ikk_nord_ag_sepa_mandat_rk_west.pdf	Absender	Absender	nein	Unterstützt die Identifikation
			Betriebsnummer	ja	Wird zur Identifikation benötigt.
		Absenderangaben	Vorname und Name Kontoinhaber	ja	Pflichtangaben in einem Mandat.
			Name des Geldinstituts	ja	
			Straße und Hausnummer	ja	
			Postleitzahl und Ort	ja	
			Kreditinstitut (Name und BIC)	ja	
		Bankverbindung	IBAN	ja	
		Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift	ja	
Wahlerklärung U1-Variante Rechtskreis Ost	Seite: https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/online_services/formular_download/wahlerklaerung_umlage_1_rechtskreis_ost.pdf	Angaben zum Arbeitgeber	Betriebsnummer	ja	Wird zur Identifikation benötigt.
			Firma	nein	Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer.
			Name der Firma	nein	
			Adresse	nein	Erleichtert die Korrespondenz.
			Ansprechpartner	nein	
			Telefon	nein	
			Telefax	nein	
			E-Mail-Adresse	nein	
		Bankverbindung	IBAN	nein	Wird auch im tatsächlichen

			BIC	nein	Erstattungsfall dargestellt.
			Name des Geldinstituts	nein	
		Erstattungssatz	80 %	ja	Durchführungsverfahren muss angezeigt werden.
			75 %	ja	
			60 %	ja	
			40 %	ja	
		Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift	ja	Erklärung muss unterschrieben sein.
Wahlerklärung U1-Variante Rechtskreis West	Seite: https://www.ikk-nord.de/arbeitgeber-service/online-services/formular-download/ Datei: https://www.ikk-nord.de/fileadmin/user_upload/arbeitgeberservice/online_services/formular_download/wahlerklaerung_umlage_1_rechtskreis_ost.pdf	Angaben zum Arbeitgeber	Betriebsnummer	ja	Wird zur Identifikation benötigt.
			Firma	nein	Unterstützt die Identifikation über Betriebsnummer.
			Name der Firma	nein	
			Adresse	nein	Erleichtert die Korrespondenz.
			Ansprechpartner	nein	
			Telefon	nein	
			Telefax	nein	
		E-Mail-Adresse	nein		
		Bankverbindung	IBAN	nein	Wird auch im tatsächlichen Erstattungsfall dargestellt.
			BIC	nein	
			Name des Geldinstituts	nein	
		Erstattungssatz	80 %	ja	Durchführungsverfahren muss angezeigt werden.
			75 %	ja	
			60 %	ja	
40 %	ja				
		Unterschrift	Ort, Datum, Unterschrift	ja	Erklärung muss unterschrieben sein.