Nachname, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____

Techniker Krankenkasse

_____

_____

Bitte tragen Sie hier die TK-Absenderadresse von dem Brief mit der Entscheidung ein, gegen die Sie Widerspruch erheben wollen.

Widerspruch

Bitte Zutreffendes ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Ich erhebe erstmalig Widerspruch gegen Ihre Entscheidung:

Entscheidung vom _____
Tag Monat Jahr

Vorgangsnummer _____
Vorgangsnummer, falls vorhanden

Tragen Sie bitte das Datum des Briefs ein, mit dem wir Ihnen unsere Entscheidung mitgeteilt haben. Steht darüber eine Vorgangsnummer? Ergänzen Sie bitte auch diese.

Begründung

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ihren Widerspruch müssen Sie nicht begründen. **Damit wir ihn jedoch schnell bearbeiten können:** Schicken Sie uns gern Unterlagen bzw. weitere Erklärungen zusammen mit diesem Formular.

_____

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Wichtig: Für einen Widerspruch brauchen wir Ihre handschriftliche Unterschrift. Dies ist gesetzlich so geregelt.