

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



Techniker Krankenkasse  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie hier die TK-Absender-  
adresse von dem Brief mit der Entscheidung  
ein, gegen die Sie Widerspruch erhoben  
haben.

## Widerspruch – Rücknahme

Ich habe Widerspruch gegen Ihre Entscheidung erhoben:

Entscheidung vom \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr  
Vorgangsnummer \_\_\_\_\_  
Vorgangsnummer, falls vorhanden  
Widerspruch vom \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Bitte Zutreffendes ausfüllen und Unter-  
schrift nicht vergessen.

Tragen Sie bitte das Datum des Briefs ein,  
gegen den Sie Widerspruch erhoben haben.  
Steht darüber eine Vorgangsnummer?  
Ergänzen Sie bitte auch diese.

Geben Sie hier bitte das Datum Ihres Wider-  
spruchs an.

Diesen Widerspruch ziehe ich zurück. Ich weiß, dass eine Klage vor dem Sozial-  
gericht dazu dann nicht mehr möglich ist.

**Wichtig: Wenn Sie Ihren Widerspruch zurück-  
ziehen, brauchen wir Ihre handschriftliche  
Unterschrift. Dies ist gesetzlich so geregelt.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)