

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)