



Nachname, Vorname: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____
Vorgangsnummer: _____
freiwillige Angabe

Techniker Krankenkasse

Bitte tragen Sie die Adresse der Stelle ein, die Ihnen die Entscheidung mitgeteilt hat, gegen die Sie Widerspruch einlegen möchten.

Widerspruch

Ich erhebe erstmalig Widerspruch gegen Ihre Entscheidung vom

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Tag Monat Jahr

Diese bezieht sich auf:

- ambulante Leistungen (z. B. ambulante Operationen, Psychotherapie)
- Zahnbehandlungen oder kieferorthopädische Behandlungen
- Krankenhaus-Behandlungen (z. B. prophylaktische Operationen, plastische Operationen)
- Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Hörhilfen, Brillen, Rollstühle)
- Reha (z. B. Kuren, ambulante Vorsorge)
- Krankengeld
- häusliche Krankenpflege
- Pflegeversicherung
- Familienversicherung
- Versicherung (z. B. Mitgliedschaft, Beiträge)

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.

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

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)