

## Muster Widerspruchsschreiben

Anschrift des Versicherten

Ort, Datum

Anschrift der Krankenkasse

### **Betreff: Widerspruch**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mir am .... (Datum des Ablehnungsschreibens der Krankenkasse) schriftlich mitgeteilt, dass Sie die Kosten für .... nicht übernehmen.

Gegen diese Entscheidung lege ich Widerspruch ein.

*Begründung, weshalb die Leistung benötigt wird.*

Ich beantrage deswegen, den Ablehnungsbescheid vom ... aufzuheben und mir die Kosten für ... zu erstatten.

Mit freundlichen Grüßen

Vor- und Nachname