

## **Unsere Premium-Leistung: „Sportzahnschutzschiene“**

Sie üben eine Risikosportart mit erhöhtem Verletzungsrisiko aus?

Zum Schutz vor Zahnbeschädigung bzw. Zahnverlust und zur Vorbeugung einer Verletzung des umgebenden Gewebes kann in diesem Fall das Tragen einer Sportzahnschutzschiene hilfreich sein. Da diese Schienen aber nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, ist eine Kostenübernahme grundsätzlich nicht möglich.

Als eine der wenigen Krankenkassen in Deutschland eröffnen wir unseren Versicherten jedoch im Rahmen einer **Satzungsmehrleistung** die Möglichkeit der Kostenerstattung einer Sportzahnschutzschiene.

Erstattet werden einmal im Kalenderjahr **80 Prozent** der Kosten, maximal **80,00 €**.

Eine erneute Bezuschussung ist frühestens mit Ablauf des auf die Erstattung folgenden Kalenderjahres möglich.

Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass die Leistung **von einem zugelassenen Vertragszahnarzt veranlasst** wird.

Zur Erstattung sind jeweils die spezifizierten **Rechnungen/Nachweise** einzureichen.

Wir freuen uns, Ihnen diese Premium-Leistung anbieten zu dürfen.

Sind Sie mit uns zufrieden? Dann empfehlen Sie uns doch weiter und sichern sich eine Anerkennungsprämie in Höhe von **25,00 €**.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind für Sie da.

Ihre **BKK EUREGIO**

BKK EUREGIO  
Kundenservice 2.3  
Postfach 1320  
52517 Heinsberg

Bitte Personalien ergänzen									
Name, Vorname									
Versichertennummer									

**falls Versichertennummer nicht vorliegt,  
bitte Angabe von:**

Geburtsdatum									
Straße Hausnummer									
PLZ Ort									

## Erstattungsantrag für die Premium-Leistung: „Sportzahnschutzschiene“

Ich hatte Aufwendungen für eine Sportzahnschutzschiene. Wegen des Ausübens einer Risikosportart mit einem erhöhten Verletzungsrisiko, wurde das Tragen dieser Schiene von einem Zahnarzt empfohlen. Hiermit beantrage ich Kostenerstattung im Rahmen der Satzungsmehrleistung

- für mich  
 für das Kind

Bitte Personalien des Kindes ergänzen	
Name, Vorname	Versichertennummer oder Geburtsdatum

spezifizierte Rechnung/en bzw. Nachweise

ist/sind beigelegt

Bitte nehmen Sie die Erstattung auf folgendes Konto vor:

**IBAN**

**BIC**

**Kontoinhaber**  
(falls abweichend) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

\_\_\_\_\_  
**Sind Sie telefonisch erreichbar?  
(Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig)**