

## **Einverständniserklärung und Kenntnisnahme für den Manager Health Check-up**

Bitte lesen Sie alle Punkte sorgfältig durch, bestätigen Sie die Voraussetzungen und treffen Sie Ihre Entscheidung.

### **Teilnahmevoraussetzungen**

Ich bestätige hiermit, dass ich alle folgenden Voraussetzungen für die Kostenübernahme des Check-ups durch SAP erfülle:

- **Rolle:** Ich bin eine bei der SAP in Deutschland angestellte Führungskraft mit Personalverantwortung.
- **Zeitlicher Abstand:** Ich habe in den vergangenen 21 Monaten **keinen** von SAP finanzierten externen Check-up durchführen lassen.
- **Beschäftigungsstatus:** Ich befinde mich aktuell **weder** in der Passivphase der Altersteilzeit mit anschließender Arbeitszeitkontoentnahme **noch** in einem anderen Vorruhestandsprogramm.
- **Kostenübernahme:** Die Kostenübernahme durch meine zuständige Kostenstelle ist vorab geklärt und sichergestellt.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Teilnahmevoraussetzungen. Sollten diese Voraussetzungen nicht erfüllt sein, bin ich verpflichtet, die Kosten für den Check-up privat zu tragen.

---

### **Übermittlung meines Arztberichtes**

Bitte kreuzen Sie **eine** der beiden Optionen an.

**JA, ich stimme der Übermittlung zu.** Das durchführende Institut darf eine Kopie meines vollständigen Arztberichtes direkt und vertraulich an den SAP Health Service zu übermitteln.

- **Vorteil:** Der Check-up wird hierdurch **nicht** als steuerpflichtiger geldwerter Vorteil behandelt.
- **Wichtig:** Der Bericht wird dort streng vertraulich gespeichert und steht den Ärzten des SAP Health Service auf meinen Wunsch für Beratungen zur Verfügung.

**NEIN, ich stimme der Übermittlung nicht zu.** Ich weise das durchführende Institut an, meinen Arztbericht **nicht** an den SAP Health Service zu übermitteln.

- **Konsequenz:** Mir ist bewusst, dass hierdurch die Anerkennung einer betrieblichen Veranlassung durch das Finanzamt nicht gewährleistet ist. Ich akzeptiere, dass die Kosten des Check-ups dadurch zu einem **steuerpflichtigen geldwerten Vorteil** werden. Diese Mehrkosten (+46% des Gesamtbetrags) werden meiner Kostenstelle zusätzlich am Jahresende belastet

---

Ort, Datum

Unterschrift des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin