Zusatzvereinbarung zur Altersversorgung

Zwischen

der Firma ..................................................................................................................................................

Anschrift: ……………………………………………………………………………………………...……………

*- nachfolgend Firma genannt -*

und

Frau/Herrn ................................................................................................................................................

Anschrift: ……………………………………………………………………………………………...……………

*- nachfolgend Mitarbeiter genannt -*

wird folgende Vereinbarung zur betrieblichen Altersversorgung getroffen:

1. Scheidet der Mitarbeiter wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder Erreichen des ...... Lebensjahres aus den Diensten der Firma aus, erhält er ein Ruhegehalt entspr. Ziff. 3.

Das gleiche gilt bei Kündigung des Vertrages durch die Firma nach Vollendung des ..... Lebensjahres, es sei denn, in der Person des Mitarbeiters lag ein wichtiger, von ihm verschuldeter Grund für die Kündigung vor.

1. Verstirbt der Mitarbeiter, solange er sich noch im Dienst der Firma befindet oder während des Bezuges des Ruhegehalts nach Ziff. 3, erhält der Ehegatte des Mitarbeiters lebenslang, längstens jedoch bis zu einer evtl. Wiederverheiratung, eine Witwen-/Witwerrente in Höhe von ......... % des Ruhegehalts nach Ziff. 3.

Versterben der Mitarbeiter sowie sein Ehegatte, erhalten die ehelichen Kinder sowie die nichtehelichen Kinder, denen Unterhalt gewährt wurde, eine Waisenrente in Höhe von ....... % des Ruhegehalts nach Ziff. 3. Der Anspruch auf Waisenrente endet mit Vollendung des 21. Lebensjahres bzw. des 25. Lebensjahres bei Kindern, die sich vor Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Berufsausbildung befinden.

1. Das Ruhegehalt beträgt ....... % der jährlichen Gesamtbezüge und erhöht sich nach jedem vollen Dienstjahr des Mitarbeiters um ...... %, höchstens jedoch auf ........ % der Bezüge.

Ruhegehalt und Hinterbliebenenbezüge werden jeweils anteilig am Monatsende ausgezahlt. Eine Anrechnung etwaiger Sozialversicherungsleistungen erfolgt nicht.

.............................................................. ..............................................................

(Ort, Datum) (Ort, Datum)

.............................................................. ..............................................................

(Firma) (Mitarbeiter)