

#

**Commission Paritaire de l'industrie Alimentaire**

**CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL DU 20.12.1999**  
**RELATIVE A L'OCTROID'UNE INDEMNITE COMPLEMENTAIRE**  
**A L'ALLOCATION DE MALADIE EN CAS DE MALADIE DE LONGUE**  
**DUREE (A.R.demandé)**

**A. Champ d'application**

**Article 1.**

La présente convention collective de travail est d'application aux employeurs et aux ouvriers des boulangeries, pâtisseries (à l'exception de la S/C.P. 118.05) et salons de consommation annexés et qui cotisent au fonds social et de garantie de la boulangerie, pâtisserie et salons de consommation annexés.

**Article 2.**

La présente convention collective de travail est conclue en application de l'article 17 de la convention collective sectorielle du 30 septembre 1999 relative à la programmation sociale 1999 - 2000.

**B. Terminologie**

**Article 3.**

§ 1 **Ouvriers** : par « ouvriers » sont visés les ouvriers masculins et féminins.

§ 2 **Fonds social** : Fonds social et de garantie de la boulangerie, pâtisserie et salons de consommation annexés

§ 3 **Maladie** : toute maladie dont la durée dépasse 3 mois. Le congé de maternité n'est pas considéré comme maladie pour l'application de la présente CCT.

§ 4 **Journée** : toute journée pour laquelle les indemnités de maladie sont payées par la mutualité.

**C. Sécurité d'existence en cas de maladie de longue durée.**

**Article 4.**

Une indemnité complémentaire à l'allocation de maladie de 120 BEF brut par jour (jours indemnisés par la mutualité) est payée par le Fonds social aux ouvriers à partir du premier jour du 4<sup>me</sup> mois jusqu'au dernier jour du 12<sup>me</sup> mois de maladie inclus.

INDEMNITE-DEPOT  
REGISTR. EMPLOI  
23-12-1999  
05-04-2000  
N° 54.538 / Co 11803

Aucune condition d'ancienneté n'est exigée pour l'octroi de cette indemnité complémentaire.

Article 5.

Si l'ouvrier n'a pas droit aux indemnités de la mutualité pour une raison propre à l'assurance maladie, la demande sera examinée au cas par cas par la Fonds Social.

Article 6.

L'indemnité complémentaire accordée n'est pas soumise à la sécurité sociale mais uniquement au précompte professionnel.

#### D. Modalités d'octroi

Article 7.

L'ouvrier introduit une demande de paiement de l'indemnité complémentaire, soit directement, soit via l'organisation syndicale, auprès du Fonds social au moyen du formulaire établi par celui-ci. Il envoie le formulaire de demande dûment complété au Fonds social dans un délai de 5 ans à partir de la fin de la période de la maladie visée.

Le Fonds social verse trimestriellement l'indemnité complémentaire sur le compte bancaire de l'ouvrier concerné.

Article 8.

Si l'employeur paie déjà un avantage similaire à l'ouvrier, le Fonds social effectuera le remboursement de l'indemnité complémentaire à ce dernier dans les limites fixées par le Fonds social.

#### E. Durée de la convention

Article 9.

La présente convention collective de travail est conclue pour une durée déterminée.

Elle entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et prend fin le 30 juin 2001.

\*

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE, PATISSERIE ET  
SALONS DE CONSOMMATION ANNEXES**

Bld. Louis Mettwie 83 b 42 1080 -BRUXELLES (Tel. 02/469.27.86 - Fax. 02/469.21.40)

**Formulaire de demande d'intervention du Fonds social concernant l'indemnité  
complémentaire en cas de maladie de longue durée**

**A remplir par l'ouvrier/l'ouvrière**

Le soussigné:

Nom et prénom .....

Rue ..... n° ..... bte .....

Code postale ..... commune .....

N° téléphone .....

N° de registre national .....

N° de compte bancaire.....

Nom et adresse de l'employeur .....

.....

sollicite l'indemnité complémentaire pour maladie de longue durée

Date du début de l'incapacité .....

Date de fin de l'incapacité .....

Le demandeur déclare sur l'honneur qu'il ne s'agit pas d'une interruption de travail

Relative à une maternité.

Date ..... (certifié sincère et exact) .....

Signature .....

**A remplir par la mutuelle**

Le soussigné, .....

fondateur de pouvoir de la mutuelle dénommé ci-dessous

.....  
adresse .....

déclare que la période de maladie du demandeur court

du ...../...../..... au ...../...../.....

moyenne des journées indemnisées par mois :.....

Date .....Signature et fonction.....

.....

cachet de la mutuelle

Paritair Comité voor de Voedingsnijverheid

COLLECTIEVE ARBEIDSOVEREENKOMST VAN 20.12.1999  
BETREFFENDE DE TOEKENNING VAN EEN AANVULLENDE  
VERGOEDING BIJ EEN ZIEKTE-UITKERING IN GEVAL VAN  
LANGDURIGE ZIEKTE (K.B. gevraagd)

A. Toepassingsgebied

Artikel 1.

Deze collectieve arbeidsovereenkomst is van toepassing op de werkgevers en op de arbeiders van de ondernemingen van de bakkerij, banketbakkerij (met uitzondering van het sub-P.C.118.05) en verbruikszalen bij een banketbakkerij en die bijdrageplichtig zijn aan het Waarborg- en Sociaal Fonds van de bakkerij, banketbakkerij en verbruikszalen bij een banketbakkerij.

Artikel 2.

Deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten in uitvoering van artikel 17 van de sectorale arbeidsovereenkomst van 30 september 1999 betreffende de sociale programmatie 1999 - 2000.

B. Terminologie

Artikel 3.

§1 Arbeiders : met « arbeiders » worden mannelijke en vrouwelijke arbeiders bedoeld.

§2 Sociaal fonds : Waarborg- en Sociaal Fonds van de bakkerij, banketbakkerij en verbruikszalen bij een banketbakkerij.

§3 Ziekte : elke ziekte waarvan de duur 3 maanden overschrijdt. De zwangerschaprust wordt niet als een ziekte beschouwd voor de toepassing van deze CAO.

§4 Dag : elke dag waarvoor een vergoeding wordt betaald door de mutualiteit.

C. Bestaanszekerheid in geval van langdurige ziekte.

Artikel 4.

Een aanvullende vergoeding van 120 BEF per dag (dagen vergoed door de mutualiteit) bovenop de ziekte-uitkering wordt uitbetaald door het Sociaal Fonds aan de arbeiders vanaf de eerste dag van de 4de maand tot de laatste dag van de 12de maand ziekte .

PO 3-12-1999

REGISTR.-EMPLOI  
05-04-2000

54.538

1611803

Er wordt geen enkele ancienniteitsvoorwaarde gesteld voor de toekenning van de aanvullende vergoeding.

#### **Artikel 5.**

Indien de arbeider geen recht heeft op een vergoeding van de mutualiteit voor een reden eigen aan de gezondheidszorg, zal het Sociaal Fonds de aanvraag onderzoeken en geval per geval een beslissing nemen.

#### **Article 6.**

De aanvullende vergoeding is niet aan RSZ-bijdragen onderworpen, maar alleen aan de bedrijfsvoorheffing.

#### **D. Toekenningsmodaliteiten**

#### **Artikel 7.**

De arbeider dient hetzij zelf, hetzij via zijn syndicale organisatie, een aanvraag bij het Sociaal Fonds in via het formulier dat door het fonds opgesteld wordt. Hij stuurt het ingevulde aanvraagformulier terug naar het Sociaal Fonds na het einde van de betrokken ziekte, en dit ten laatste 5 jaar na het einde van de période waarop hij recht heeft op een bijkomende vergoeding.

Het Sociaal Fonds betaalt de aanvullende vergoeding per kwartaal op de bankrekening van de arbeider.

#### **Artikel 8.**

Het Sociaal Fonds betaalt de aanvullende vergoeding terug aan de werkgever die reeds een gelijkaardig voordeel toekent binnen de grenzen die door het Sociaal Fonds bepaald worden.

#### **E. Looptijd van de overeenkomst**

#### **Artikel 9.**

Deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten voor bepaalde duur. Ze treedt in werking op 1 januari 2000 en neemt een einde op 30 juni 2001.

**WAARBORG- EN SOCIAAL FONDS VAN DE BAKKERIJ, BANKETBAKKERIJ EN  
VERBRUIKSZALEN BIJEEN BANKETBAKKERIJ**

Louis Mettwielaan 83 bus 42 1080 -BRUSSEL (Tel. 02/469.27.86 - Fax. 02/469.21.40)

**Aanvraagformulier voor tussenkomst van het Sociaal fonds betreffende de  
aanvullende vergoeding in geval van langdurige ziekte**

**Door de arbeider/arbeidster in te vullen**

Ondertekende:

Naam en voornaam .....

Straat ..... nr ..... bus .....

Postcode ..... gemeente .....

Telefoonnummer .....

Rijksregisternummer .....

Bankrekeningnummer.....

Naam en adres van de werkgever .....

vraagt een aanvullende vergoeding wegens langdurige ziekte

Begindatum van de arbeidsongeschiktheid .....

Einddatum van de arbeidsongeschiktheid .....

De aanvrager verklaart op eer dat het niet gaat om een werkonderbreking wegens  
zwangerschap.

Datum ..... (gelezen en goedgekeurd).....

Handtekening .....

**Door de mutualiteit in te vullen**

Ondergetekende,.....  
gevolmachtigde van de hierondervermelde mutualiteit

.....  
adres.....

verklaart hierbij dat de ziekteperiode van de hierbovenvermelde aanvrager liep  
van ...../...../..... tot ...../...../.....

het gemiddeld aantal vergoedde dagen per maand: .....

Datum .....handtekening en hoedanigheid .....

.....  
stempel van de mutualiteit