

Convention collective de travail du 2 juillet 2003 relative à l'octroi d'une indemnité complémentaire à l'allocation de maladie en cas de maladie de longue durée dans le secteur des boulangeries

A. Champ d'application

Art. 1. La présente convention collective de travail s'applique aux employeurs et aux ouvriers des boulangeries, des pâtisseries qui fabriquent des produits « frais » de consommation immédiate à très court délai de conservation et des salons de consommation annexés à une pâtisserie.

B. Terminologie

Art. 2. § 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 mutuelle.

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

Art. 3. § 1. Une indemnité complémentaire à l'allocation de maladie de 3,75€ brut par jour (jours indemnisés par la mutuelle) est payée par le Fonds social aux ouvriers à partir du premier jour du 4ème mois jusqu'au dernier jour du 12ème mois de maladie inclus.

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

§2. Cette indemnité complémentaire s'élève à 4 € brut à partir du 1^{er} janvier 2004.

Art. 4. Si l'ouvrier n'a pas droit aux indemnités de la mutuelle pour une raison propre à l'assurance maladie, la demande sera examinée au cas par cas par le Fonds Social.

Art. 5. L'indemnité complémentaire accordée n'est pas soumise à la sécurité sociale mais uniquement au précompte professionnel.

D. Modalités d'octroi

Art. 6. 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 en annexe. 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

4

de l'ouvrier concerné.

Art. 7. 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.

Art. 8. Les cas qui ne sont pas prévus par la présente convention collective de travail seront soumis au conseil d'administration du Fonds social et de garantie de la boulangerie, pâtisserie et salons de consommation annexés qui fixe les modalités pratiques de cette indemnité complémentaire

E. Durée de la convention

Art. 9. La présente convention collective de travail est conclue pour une durée déterminée.

Elle entre en vigueur le 1er juillet 2003 et prend fin le 30 juin 2005.

6

**FONDS SOCIAL ET DE GARANTIE DE LA BOULANGERIE, PÂTISSERIE ET
SALONS DE CONSOMMATION ANNEXES**
Bd Louis Mettewie 83 b 42, B - 1080BRUXELLES (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 (UNIQUEMENT s'il s'agit d'un OUVRIER / OUVRIERE)

Le(a) soussigné(e):

Nom et prénom

Rue n° bte

Code postal Commune

N° téléphone

N° de registre national

N° de compte bancaire.....

Nom et adresse de l'employeur

.....

..... Tél.

N° O.N.S.S. de l'employeur 058 – 158 – 258

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.

Ouvrier à temps plein - temps partiel (*biffer la mention inutile*)

Si temps partiel - nombre d'heures de travail par semaine

Date (Certifié sincère et exact)

Signature

A remplir par la mutuelle

Le / La soussigné(e),

fondé de pouvoir de la mutuelle dénommée ci-dessous

.....

adresse.....

.....

déclare que la période de maladie du demandeur court

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

nombre moyen des **journées** indemnisées par mois :.....

DateSignature et fonction.....

.....

Cachet de la mutuelle

NEERLEGGING-DÉPÔT | REGISTR.-ENREGISTR. | NR.
04-07-2003 | 09-09-2003 | N°

67430 100128

9

Paritair comité voor de voedingsnijverheid

Collectieve arbeidsovereenkomst van 2 juli 2003, gesloten in het Paritair Comité voor de voedingsnijverheid betreffende de toekenning van een aanvullende vergoeding bij de ziekte uitkering in geval van langdurige ziekte in de sector bakkerijen.

A. Toepassingsgebied

Art. 1. Deze collectieve arbeidsovereenkomst is van toepassing op de werkgevers en de arbeiders tewerkgesteld in de bakkerijen, de banketbakkerijen die "verse" producten vervaardigen voor onmiddellijke consumptie met zeer beperkte houdbaarheid en de verbruikszalen bij een banketbakkerij.

B. Terminologie

Art. 2. § 1 Arbeiders: met "arbeiders" worden mannelijke en vrouwelijke arbeiders bedoeld.

§ 2 Sociaal Fonds: Waarborg- en Sociaal Fonds voor 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.

Art. 3. §1. Een aanvullende vergoeding van 3,75 € bruto 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 .

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

§2. Deze aanvullende vergoeding bedraagt 4 € bruto vanaf 1 januari 2004.

Art. 4. 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.

Art. 5. De aanvullende vergoeding is niet aan RSZ-bijdragen onderworpen, maar alleen aan de bedrijfsvoorheffing.

D. Toekenningsmodaliteiten

Art. 6. De arbeider dient hetzij zelf, hetzij via zijn syndicale organisatie, een aanvraag in bij het Sociaal Fonds via het formulier in bijlage. 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 periode waarop hij recht heeft op een bijkomende vergoeding.

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

Art. 7. 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.

Art. 8. Gevallen die niet in deze collectieve arbeidsovereenkomst zijn voorzien, worden voorgelegd aan de raad van beheer van het Waarborg- en Sociaal Fonds van de bakkerij, banketbakkerij en verbruikszalen bij een banketbakkerij, die de praktische modaliteiten voor de uitbetaling van de aanvullende vergoeding bepaalt.

E. Looptijd van de overeenkomst

Art. 9. Deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt gesloten voor bepaalde duur.

Ze treedt in werking op 1 juli 2003 en neemt een einde op 30 juni 2005.

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

Door de arbeider/arbeidster in te vullen (ENKEL als het een ARBEIDER/STER betreft)

Ondergetekende:

Naam en voornaam

Straat nr bus

Postcode Gemeente

Telefoonnummer

Rijksregisternummer

Bankrekeningnummer.....

Naam en adres van de werkgever

..... Tel.

R.S.Z. nummer van de werkgever 058 - 1 58 - 258

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.

Arbeider / Arbeidster voltijds - deeltijds (*het onnodige schrappen*)

Indien deeltijds - aantal werkuren per week

Datum(Gelezen en goedgekeurd).....

Handtekening

Door het ziekenfonds in te vullen

Ondergetekende,.....

gevolmachtigde van het hierondervermeld ziekenfonds

adres.....

verklaart hierbij dat de ziekteperiode van de hierbovenvermelde aanvrager Hep

van/...../..... tot/...../.....

Het gemiddeld aantal vergoede **dagen** per maand bedraagt

Datum Handtekening en hoedanigheid

Stempel van het ziekenfonds