

Service public fédéral Emploi,
Travail et Concertation sociale

**ADMINISTRATION DES
RELATIONS COLLECTIVES
DU TRAVAIL**
Direction du Greffe



Federale overheidsdienst
Werkgelegenheid, Arbeid
en Sociaal Overleg
**ADMINISTRATIE VAN DE
COLLECTIEVE
ARBEIDSBETREKKINGEN**
Directie van de Griffie

ERRATUM

Sous-commission paritaire de
l'industrie du béton
n° 106.02

**CCT n° 82843/CO/10602
du 07/05/2007**

Correction du texte en français :

- la première phrase de l'article 3 :
« *Une indemnité complémentaire de
1,50 € par jour (en régime de cinq
jours) est payée par le Fonds social
de l'industrie du béton* » doit être **lue**
comme **suit** : « *Une indemnité
complémentaire de 1,50 € **brut** par
jour (en régime de cinq jours) est
payée par le Fonds social de
l'industrie du béton* ».

Décision du

ERRATUM

Paritair Subcomité voor de
betonindustrie
nr. 106.02

**CAO nr. 82843/CO/10602
van 07/05/2007**

Verbetering van de Franse tekst :

- de eerste zin van het artikel 3 :
« *Une indemnité complémentaire de
1,50 € par jour (en régime de cinq
jours) est payée par le Fonds social
de l'industrie du béton* » moet als
volgt gelezen worden : « *Une
indemnité complémentaire de 1,50 €
brut par jour (en régime de cinq
jours) est payée par le Fonds social
de l'industrie du béton* ».

Beslissing van

22 -04- 2008

07-05-2007

**Sous-commission paritaire de
l'industrie du béton****Convention collective de travail du
07/05/2007**INDEMNITE COMPLEMENTAIRE EN CAS
D'INCAPACITE DE TRAVAIL DE LONGUE DUREE**Article 1**

La présente convention collective de travail s'applique aux employeurs et ouvrie(è)r(e)s des entreprises ressortissant à la Sous-commission paritaire de l'industrie du béton.

Article 2

En cas d'incapacité de travail de longue durée résultant d'une maladie ou d'un accident de droit commun, l'ouvrie(è)r(e) a droit à une indemnité complémentaire aux indemnités versées par la mutuelle.

On entend par incapacité de travail de longue durée toute incapacité de travail dont la durée dépasse 1 mois.

Le congé de maternité n'est pas considéré comme une incapacité de travail de longue durée pour l'application de la présente convention collective de travail.

Article 3

Une indemnité complémentaire de 1,50 € par jour (en régime de cinq jours) est payée par le Fonds social de l'industrie du béton

Cette indemnité est due du 2ème au 24ème mois.

Article 4

L'ouvrie(è)r(e) introduit sa demande auprès du Fonds social de l'industrie du béton au moyen du formulaire prescrit (voyez annexe).

La demande est introduite après la fin de la période de l'incapacité, ou après la période remboursable maximale de 24 mois et ceci dans un délai de maximal 3 ans après la période de l'incapacité visée.

Si l'incapacité dure 6 mois ou plus, une demande semestrielle peut être introduite.

Article 5

Le Fonds social de l'industrie du béton paye l'indemnité complémentaire par trimestre par virement au compte de l'ouvrie(è)r(e) concerné.

**Paritair Subcomité voor
de betonindustrie****Collectieve arbeidsovereenkomst van
07/05/2007**AANVULLENDE VERGOEDING BU LANGDURIGE
ARBEIDSONGESCHIKTHEID**Artikel 1**

Deze collectieve arbeidsovereenkomst is van toepassing op de werkgevers en op de arbeid-(st)ers van de ondernemingen die onder het Paritair Subcomité voor de betonindustrie ressorteren.

Artikel 2

Bij langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg van een ziekte of een ongeval van gemeen recht, heeft de arbeid(st)er recht op een bijkomende vergoeding bovenop de uitkering betaald door het ziekenfonds.

Onder langdurige arbeidsongeschiktheid wordt verstaan, elke arbeidsongeschiktheid waarvan de duur 1 maand overschrijdt.

De zwangerschapsrust wordt niet als een langdurige arbeidsongeschiktheid beschouwd voor de toepassing van deze collectieve arbeidsovereenkomst.

Artikel 3

Een aanvullende vergoeding van 1,50 € bruto per dag (regime van het vijfdagenstelsel) wordt uitbetaald door het Sociaal Fonds van de Betonindustrie.

Deze vergoeding is verschuldigd van de 2de tot de 24ste maand arbeidsongeschiktheid.

Artikel 4

De arbeid(st)er dient de aanvraag in bij het Sociaal Fonds van de Betonindustrie via het voorgeschreven formulier (zie bijlage).

De aanvraag gebeurt na het einde van de ongeschiktheidsperiode, of na de maximaal vergoedbare periode van 24 maanden en dit tot maximaal drie jaar na het einde van de betrokken ongeschiktheidsperiode.

Bij periodes van arbeidsongeschiktheid van 6 maanden of langer kan per semester een tussentijdse aanvraag gebeuren.

Artikel 5

Het Sociaal Fonds van de Betonindustrie betaalt de aanvullende vergoeding per kwartaal op de bankrekening van de betrokken arbeid(st)er;

Article 6

Le conseil d'administration du fonds social se prononce sur des litiges éventuels au sujet de la présente convention collective de travail.

Article 7

La présente convention collective de travail remplace la convention collective du 30 juin 2005 et entre en vigueur le 1er avril 2007. Elle est conclue pour une durée indéterminée et elle peut être dénoncée par une des parties contractantes moyennant le respect d'un délai de préavis de trois mois. Ce préavis sera adressé au président de la Sous-commission paritaire de l'industrie du béton par lettre recommandée.

Fait à Bruxelles, le 7 mai 2007

Artikel 6

De raad van beheer van het sociaal fonds spreekt zich uit over eventuele betwistingen in verband met deze collectieve arbeidsovereenkomst.

Artikel 7

Deze collectieve arbeidsovereenkomst vervangt de collectieve arbeidsovereenkomst van 30 juni 2005 en treedt in werking op 1 april 2007. Zij is afgesloten voor onbepaalde tijd en kan opgezegd worden door een van de contracterende partijen mits naleving van een opzegtermijn van 3 maanden. Deze opzegging wordt gericht aan de voorzitter van het Paritair Subcomité voor de betonindustrie via een aangetekende brief.

Gedaan te Brussel, op 7 mei 2007

Aanvraagformulier: aanvullende vergoeding bij langdurige arbeidsongeschiktheid

A. DOOR DE AANVRAGER IN TE VULLEN (in drukletters)

Naam : Voornaam :
Adres : Postnummer : Gemeente :
Geboortedatum : / / Rijksregisternummer :
Grensarbeider : J / N
Bankrekeningnummer :
Begindatum arbeidsongeschiktheid : / / Einddatum arbeidsongeschiktheid : / /
Aansluitingsnummer bij het ziekenfonds :

B. DOOR DE WERKGEVER IN TE VULLEN

Ondergetekende verklaart:

dat de arbeider, bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid, door een voltijdse/deeltijdse (*) arbeidsovereenkomst verbonden was aan de hieronder vermelde onderneming, en dat zijn arbeidsprestaties worden aangegeven bij de R.S.Z. onder nummer :

dat hij aan de betrokkene het gewaarborgd loon heeft uitbetaald voor de periode gaande van / / tot en met / /

Gelieve de reden te vermelden indien er geen of slechts gedeeltelijk gewaarborgd loon werd uitbetaald :
.....

Datum van indiensttreding : / /

Naam van de onderneming :

Adres : Postnummer : Gemeente :

Telefoon : Stempel van de onderneming Datum : / /

Handtekening van de werkgever of zijn
aangestelde
.....**C. DOOR HET ZIEKENFONDS IN TE VULLEN**

Het ziekenfonds verklaart :

dat de periode van arbeidsongeschiktheid (aanvang vermeld in vak A) aanleiding / geen aanleiding(*) gegeven heeft tot het toekennen van de uitkering voor arbeidsongeschiktheid (ziekte, ongeval).

a) van / / tot en met / / (.....%)

b) van / / tot en met / / (.....%) (hervalling : J / N)

Stempel van het ziekenfonds

Datum : / /

Handtekening :

(*) Het overbodige schrappen.

De meegedeelde gegevens worden opgenomen in het databestand van het Sociaal Fonds van de Betonindustrie. Zij zullen uitsluitend worden gebruikt om uw recht op aanvullende sociale voordelen te onderzoeken en eventueel toe te kennen in uitvoering van de collectieve arbeidsovereenkomst die de wettelijke opdracht van dit Fonds vastlegt. U heeft het recht op toegang tot deze gegevens en kunt ze eventueel laten verbeteren.

Formulaire de demande: indemnité complémentaire en cas d'incapacité de longue durée

A. A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR (en majuscules)

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal : Commune :

Date de naissance : / / Numéro de registre national :

Ouvrier frontalier : O / N

Numéro de compte bancaire :

Date du début de l'incapacité : / / Date de fin de l'incapacité : / /

Numéro d'affiliation à la mutuelle :

B. A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Le sousigné déclare:
que dès le début de l'incapacité de travail l'ouvrier était lié par un contrat de travail à temps plein/à temps partiel (*) à l'entreprise citée ci-dessous, et que ses prestations de travail ont été déclarées à l'ONSS sous le numéro :

qu'il a payé le salaire garanti à l'intéressé pour la période du / / au / /

Veuillez indiquer la raison éventuelle pour laquelle le salaire garanti n'a pas été payé ou a été payé partiellement :

Date d'entrée en service : / /

Nom de l'entreprise :

Adresse : Code postal : Commune :

Téléphone: Cachet de la société

Date : / /
Signature de l'employeur ou de son délégué

C. A REMPLIR PAR LA MUTUELLE

La mutuelle déclare :

que la période de l'incapacité de travail (début mentionné case A) a / n'a pas donné lieu à l'attribution d'une indemnité d'incapacité de travail (maladie, accidentl).

a) de / / au / / (.....%)

b) de / / au / / (.....%) (rechute: O / N)

Cachet de la mutuelle

Date : / /

Signature :

(*) Biffer la mention inutile

Les données communiquées seront reprises dans la banque de données du Fonds Social de l'industrie du béton. Elles seront uniquement utilisées pour vérifier votre droit aux avantages sociaux complémentaires et le cas échéant, d'éventuellement le pourvoir, et ceci dans l'exécution de la convention collective qui fixe la mission légale de ce Fonds. Vous avez le droit d'accès à ces données et vous pouvez les corriger éventuellement.