

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL COBRO DEL PERIODO DE DISCONFORMIDAD CONTRA EL ALTA EMITIDA POR EL INSS.

- [SOLICITUD DE PAGO DIRECTO](#)
- [COMUNICACIÓN DE DATOS AL PAGADOR. MODELO 145.](#)
- FOTOCOPIA DNI/ NIE
- FOTOCOPIA DE LA NÓMINA CORRESPONDIENTE A LABAJA MÉDICA. (EN CASO DE CONTRATO DE TRABAJO A TIEMPO PARCIAL LAS NÓMINAS DE LOS 3 MESES ANTEIROS A LA BAJA) .
- [DECLARACION DE NO REALIZACIÓN DE TRABAJOS COMPRENDIDOS ENTRE EL DIA DEL ALTA MÉDICA EMITIDA POR EL INSS HASTA LA FECHA DE RATIFICACIÓN DE LA MISMA.](#)