

## 1. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

La Unión Madrileña de Seguros, S.A., en adelante Unión Madrileña, con domicilio social en C/ Viriato, 2 28010 de Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 1.204, General 688, Sección 3ª, Folio 199, Hoja 4.212 Inscripción 6ª.

## 2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Seguro de asistencia sanitaria sin copagos: UNIÓN PLUS.

## 3. TIPO DE SEGURO

Seguro de asistencia sanitaria, que permite el acceso a atención primaria, urgencias vitales y médicas, especialidades médicas, medicina preventiva, medios de diagnóstico y hospitalización. Las garantías de este seguro se prestan a nivel nacional.

## 4. CUESTIONARIO DE SALUD

El Cuestionario de Salud, incluido en la solicitud del seguro, es una declaración firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro. El tomador del seguro tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario con el fin de que la aseguradora pueda realizar una correcta valoración del riesgo. En caso de no ser veraz la información facilitada, la compañía podría rescindir el contrato de seguro

## 5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS OFRECIDAS Y OPCIONALES

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

### a) Medicina primaria

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatría y puericultura. Para niños menores de catorce años.
- Enfermería. Servicio en consulta y a domicilio. Previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

### b) Urgencias

Se atenderán los casos de Urgencia Vital y Urgencia Médica, con los tiempos de hospitalización correspondientes. En caso de Urgencia que requiera intervención quirúrgica, se atenderá la urgencia inicial y un periodo de tiempo de siete (7) días posteriores al ingreso inicial, transcurridos los cuales cesará la cobertura del siniestro por parte de la Aseguradora.

Se considerará cirugía de urgencia toda aquella realizada en las primeras 72 horas a partir del ingreso de urgencia, y cuando exista un informe médico que justifique la relación directa de la misma con dicho ingreso.

La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

### c) Especialidades

Asistencia sanitaria en consultas médicas, en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología.
- Anestesia y reanimación.
- Aparato digestivo.
- Cardiología.
- Dermatología médica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriatria.
- Hematología.
- Medicina interna.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y ginecología.
- Odonto-estomatología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología médica.
- Psicología Clínica:
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Reumatología.

-Traumatología médica.

-Unidad del dolor.

-Urología.

Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad salvo en aquellas coberturas parciales que se contemplen en condicionados particulares.

#### d) Medicina Preventiva

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

-Pediatria: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

-Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.

-Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario.

-Urología: revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.

-Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad salvo en aquellas coberturas parciales que se contemplen en condicionados particulares.

#### e) Medios de diagnóstico

1. Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.
2. Radiología general: Incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías. Queda específicamente excluida la biopsia por aspiración al vacío (B.A.V.), salvo en aquellos casos en los que se contemple la cobertura por condicionado particular.
4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:

-Ergometría, holter, estudios electrofisiológicos no terapéuticos, amniocentesis, polisomnografía.

-Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).

#### f) Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado por la Entidad Aseguradora: para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

No se cubrirá ningún tipo de hospitalización secundaria a cirugía, salvo la reseñada en este punto 5 y en los plazos y condiciones aquí descritos.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, y de las estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. No incluye en ningún caso la cobertura de la medicación en planta salvo en el caso de prestarse cobertura quirúrgica en los supuestos descritos en este punto 5; en este caso concreto serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados del tratamiento quirúrgico (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y de la medicación en planta, quedando excluidos los fármacos definidos como inmunoterapia y terapia biológica.

Se consideran fármacos definidos como inmunoterapia o terapia biológica, de manera enunciativa pero no limitativa, los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferentes, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antisudorales antígeno específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas.

La hospitalización contará con un límite de 30 días por asegurado y año, a excepción de la hospitalización psiquiátrica para la que el límite será de 20 días por año y a excepción de la hospitalización quirúrgica que se prestare para la que el límite será de 7 días.

Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

-Hospitalización obstétrica (partos). Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario, siempre y cuando el recién nacido haya sido dado de alta en la Compañía.

-Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.

-Hospitalización pediátrica. Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de patología no quirúrgica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

-Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).

-Hospitalización psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día.

-Hospitalización de día. Exclusivamente para procesos médicos; quedan excluidos procesos quirúrgicos de cualquier naturaleza y los tratamientos quimioterápicos. Comprende los gastos de estancia y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

### g) Tratamientos Especiales

-Terapias respiratorias a domicilio. Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), y aerosolterapia (en este caso la

-medicación correrá a cargo del Asegurado). Se excluye ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).

-Logopedia y foniatría. Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos, con un máximo de 10 sesiones por asegurado y año. Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).

-Laserterapia. Exclusivamente la de rehabilitación músculo-esquelética. Los avances técnicos que se produzcan en el futuro se incluirán, en su caso, mediante el oportuno suplemento y pago de la sobreprima, si procede.

Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

- Electrotermoterapia en rehabilitación.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

### h) Otros Servicios

- Ambulancias. Siempre y cuando esté ocasionado con motivo de una asistencia sanitaria cubierta por el presente contrato, se proveerá una ambulancia para el traslado del enfermo con patología grave desde su localización hasta el centro hospitalario concertado más próximo, ya sea porque lo prescriba un Médico del Asegurador porque sea médicamente necesario, o bien porque la situación del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación ni para la realización de consultas, pruebas diagnósticas o tratamientos en régimen ambulatorio, ni los traslados desde el hospital hasta el domicilio del asegurado, salvo que la situación clínica del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

El asegurado deberá obtener de la Entidad la autorización correspondiente para este servicio; para la prestación de urgencia deberá ser solicitado en un plazo no superior a 24 horas realizado el mismo.

En aquellos casos en los que la gravedad de la situación lo requiera, la Entidad podrá aconsejar y gestionar la derivación de la asistencia a los Servicios Públicos de Emergencia.

-Preparación al parto. Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión en el parto.

-Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta, y con copago de alta frecuencia a partir de la 7ª sesión.

## 6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

UNIÓN PLUS no cubre lo que a continuación se señala:

A) La asistencia sanitaria derivada de las enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades, ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos, salvo que los mismos hayan sido declarados por el Asegurado o por el Tomador del Seguro en el cuestionario de salud y hayan sido aceptadas por el Asegurador.

B) La asistencia sanitaria precisa para el abordaje de las manifestaciones derivadas de enfermedades infecciosas que estuvieran presentes en el momento de realizar la solicitud de seguro.

C) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de la desintoxicación producida por el alcoholismo crónico, drogadicción y/o toxicomanías.

D) La asistencia sanitaria derivada de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje,

huelga, manifestaciones y movimientos populares, riñas y detenciones por parte de cualquier autoridad; la causada por epidemias declaradas oficialmente; la que guarde relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y la que provenga de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

E) La asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional, la derivada de accidentes de tráfico y circulación, así como la cubierta por cualquier seguro obligatorio, incluido entre otros el Seguro de Responsabilidad Civil por posesión de animales considerados peligrosos.

F) Cualquier tipo de cirugía, diagnóstica y/o terapéutica, salvo la específicamente recogida en el punto 5 de esta nota informativa y en la forma allí descrita, y la asistencia sanitaria en régimen de hospital de día, salvo la específicamente recogida en el punto 5 de manera consecuente quedan excluidos todo tipo de estudios preoperatorios, todo tipo de trasplantes y todo tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis.

G) La asistencia prestada por Facultativos distintos a los que se relacionan en el Cuadro Médico puesto a disposición del Asegurado, salvo que sea considerada de urgencia vital, siendo por cuenta del Asegurado todos los gastos que se reclamen a la Aseguradora por los Servicios Públicos de Salud en caso de haber acudido a ellos.

H) Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, tomografía por emisión de positrones (PET), todo tipo de radioterapia y todo tipo de quimioterapia.

I) Los productos farmacéuticos y otros medicamentos administrados fuera del régimen de hospitalización quirúrgica, así como los fármacos considerados como inmunoterapia y terapia biológica, vacunas, contrastes de alta tecnología, y demás productos sanitarios, excepto los expresamente aceptados en estas Condiciones Generales. De igual manera, quedan excluidos los gastos por viaje y desplazamiento, salvo las

ambulancias en los términos contemplados en las Condiciones Generales.

J) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, acupuntura, masajes, drenajes linfáticos, quiropraxis, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, y otras medicinas alternativas, así como las que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. De igual forma, los tratamientos en balnearios y curas de reposo o sueño.

K) Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia de grupo, test psicológicos, narcolepsia. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.

L) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general, en actividades de riesgo, y en particular la práctica entre otros de los siguientes deportes: esquí, actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor o a tracción animal, rugby, hípica, torero y encierro de reses bravas.

M) La asistencia derivada de enfermedades o lesiones ocasionadas por intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y la derivada de la participación directa o indirecta del Asegurado en acciones criminales.

N) La asistencia sanitaria con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo y las curas de adelgazamiento, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente.

O) Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los expresamente contemplados en el punto 5 de estas Condiciones Generales.

P) La asistencia sanitaria u hospitalización por problemas de tipo social.

Q) Las enfermedades congénitas del recién nacido si la madre no se dio de alta en la póliza, al menos, con DOCE meses de antelación al nacimiento.

R) La asistencia relacionada con la medicina legal y forense.

S) La asistencia sanitaria ambulatoria u hospitalaria prestada al asegurado por personas que se encuentran ligadas al tomador del seguro o al asegurado, por lazos de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad.

T) Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación, o no aceptadas por el común de los médicos en España.

U) La asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria meramente paliativa, siempre que existan procedimientos médicos o quirúrgicos resolutivos alternativos y la situación clínica del asegurado permita la aplicación de estos últimos.

V) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas bajo influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o medicamentos sin prescripción médica, así como de las producidas a causa de embriaguez o riñas (salvo en caso de legítima defensa). Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

W) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades y la cirugía profiláctica.

X) Toda asistencia clínica necesaria para el abordaje de las complicaciones de intervenciones médicas o quirúrgicas que hayan sido efectuadas fuera de la cobertura de la compañía.

## 7. FORMA DE PERCIBIR LA PRESTACIÓN

### A) COPAGOS

Unión Plus es un seguro de salud sin copagos.

**B) CARENCIAS**

A continuación se detallan los periodos de tiempo que deben transcurrir para poder recibir cobertura de los servicios detallados:

**Carencias**

Medios de diagnóstico de alta tecnología .	3 meses
Hospitalización por motivos médicos y no quirúrgicos en régimen de internamiento o en hospital de día	10 meses
Parto	10 meses
Electrotermoterapia en rehabilitación	3 meses
Laserterapia en tratamientos de rehabilitación músculo-esquelética	3 meses

**8. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS**

**8.1. CUESTIONES GENERALES**

El pago de la prima se puede realizar con periodicidad mensual, trimestral, semestral o anual a través de domiciliación bancaria en la cuenta corriente, titularidad del tomador, expresamente indicado en la solicitud del seguro.

**8.2. COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES**

En cada renovación anual de la póliza, Unión Madrileña podrá modificar la prima aplicable y, si correspondiera, el importe de los copagos en virtud de los cálculos técnico-actuariales realizados. En el mismo sentido se advertirá de que la posibilidad de los incrementos de prima pueden verse afectados por el IPC Sanitario. Se indicará el sistema y plazos de comunicación de la nueva prima, comprometiéndose a dar información suficiente y a explicar los motivos de la subida.

**8.3. FACTORES DE RIESGO CONSIDERADOS EN EL CÁLCULO DE LA PRIMA**

La prima podrá variar anualmente en función de factores de riesgo. Unión Madrileña explicitará cuáles utiliza en la actualidad y si en el futuro pudiera incorporar otros diferentes. En relación con el factor de riesgo “edad”, Unión Madrileña comunicará cuáles son las tarifas que se aplican a cada edad o tramo de edad. En todo caso, se informará de los procedimientos y sistemas para el cálculo de la prima.

**8.4. RENOVACIÓN DE PÓLIZA**

En las condiciones particulares del seguro vendrá reflejado el periodo por el cuál se realiza su contratación, siendo las renovaciones del mismo por periodos anuales y que, salvo comunicación en contrario, se renuevan de manera tácita. En caso de que una de las partes se oponga a la prórroga deberá comunicárselo a la otra parte, con dos meses de antelación si es la aseguradora quien realiza la comunicación y un mes si es el tomador.

En cualquier caso, la entidad aseguradora se compromete a:

En cualquier caso, la entidad aseguradora se compromete a:

- a. No resolver la póliza cuando el asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del asegurado a continuar con dicho tratamiento.
- b. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato las que se enumeran a continuación:

- Procesos oncológicos activos.
- Enfermedades cardiacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
  - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardiaca.
  - Degeneración macular.

**8.5. DERECHO DE REHABILITACIÓN**

El asegurado tendrá derecho a la rehabilitación de la póliza conforme establece la Ley de Contrato de Seguro. Si tratándose de la segunda y siguientes anualidades del seguro se produjera el impago al vencimiento de la prima anual, y la póliza entrase en suspensión de garantías, la rehabilitación se produciría a las 24 horas del día en que se produjera el pago de la prima anual

**8.6. LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR**

Dentro del cuadro médico de este producto el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, y acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza y con la autorización previa de la aseguradora en los casos en los que ésta sea requerida.

A tal efecto, estará disponible en la web de la entidad el cuadro médico actualizado.

## 9. TRIBUTOS REPERCUTIBLES

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo legalmente repercutible en el primer recibo (0,15% L.E.A.). Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), excepto, si fuera preceptivo, aquella parte de la prima destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

## 10. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección de correo electrónico [contactecentral@unionmadrilena.es](mailto:contactecentral@unionmadrilena.es)

10.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

## 11. LEGISLACIÓN APLICABLE

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro y su normativa de Desarrollo.
- Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores. El Contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado en España.

## 12. RÉGIMEN FISCAL

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), excepto aquella parte de la prima destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

Con carácter general en los Seguros para Particulares, las primas abonadas por el presente seguro no otorgan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna. No obstante, pueden existir casos especiales en algunas comunidades Autónomas.

En el caso de que el tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, el límite máximo de deducción es de 500 euros por persona y año natural, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el tomador.

El importe abonado por la empresa en concepto de seguro médico para sus empleados se podrá deducir el 100% como gasto social en la declaración del impuesto de sociedades.

La prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada y año natural señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.