



**SEGURO DE VIDA VINCULADO A PRÉSTAMO HIPOTECARIO. LEGITIMACIÓN
ACTIVA Y DEBER DE DECLARACIÓN DEL RIESGO**

STS (Sala 1ª) 1573/2023 de 14 de noviembre de 2023 (JUR 2023, 418816)*

Pilar Domínguez Martínez
Profesora Titular de Derecho civil
Centro de Estudios de Consumo
Universidad de Castilla-La Mancha

Fecha de publicación: 29 de enero de 2024

Resumen

La STS 14 de noviembre de 2023, referente a un seguro de vida vinculado a un préstamo hipotecario, aborda cuestiones significativas sobre la legitimación activa y el deber de declaración del riesgo en los seguros de vida. El caso en cuestión involucra la demanda presentada por la esposa del asegurado fallecido contra la aseguradora y el banco prestamista, solicitando el cumplimiento del contrato de seguro de vida que había sido vinculado a un préstamo hipotecario. La aseguradora se había negado a pagar la indemnización, argumentando dolo o culpa grave por parte del asegurado al cumplimentar el cuestionario de salud.

Según el TS, no incurre en dolo ni culpa grave el asegurado al que no se le formularon las preguntas del cuestionario, dado que este fue cumplimentado con las respuestas dadas por su esposa. Además, el cuestionario era excesivamente ambiguo, con preguntas casi ilegibles, y ausencia de antecedentes de salud significativos que el asegurado tuviera necesariamente que percibir como objetivamente influyentes para valorar el riesgo

* Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación PID2021-128913NB-I00, del Ministerio de Ciencia e Innovación y la Agencia Estatal de Investigación (AEI) cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) titulado “Protección de consumidores y riesgo de exclusión social: seguimiento y avances”, dirigido por Ángel Carrasco Perera y Encarna Cordero Lobato y en el marco de las Ayudas para la realización de proyectos de investigación aplicada, en el marco del Plan Propio de investigación, cofinanciadas en un 85% por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), para el proyecto titulado “Modelos jurídicos eficientes de consumo sostenible”, con Ref.: 2022-GRIN-34487 dirigido por Ángel Carrasco Perera y Ana I. Mendoza Losana.



cubierto, pues antes de firmar la póliza solo había sufrido un episodio depresivo por el que recibió tratamiento farmacológico durante tres o cuatro semanas, sin diagnóstico. Añade el TS, que la liberación del asegurador debe ser fundada en el dolo o culpa grave del asegurado, no en la simple inexactitud de sus respuestas. Por tanto, se desestima la demanda respecto del banco prestamista por no serle exigible dejar de seguir cobrando las cuotas del préstamo hipotecario cuando la aseguradora rechazó el siniestro por dolo o culpa grave del asegurado al cumplimentar el cuestionario sobre sus antecedentes de salud.

1. Antecedentes

El objeto del litigio va referido a la reclamación de la viuda del asegurado fallecido contra la aseguradora y el banco prestamista, pidiendo el cumplimiento del contrato de seguro de vida suscrito en su día por el esposo, vinculado a un préstamo hipotecario. La demanda se desestimó en ambas instancias, siendo la controversia en casación la valoración sobre la infracción por el asegurado del deber de declaración del riesgo cuando cumplimentó la declaración de salud.

2. STS (Sala 1ª) 1573/2023 de 14 de noviembre de 2023

El Tribunal Supremo, al analizar el caso, estableció varios puntos clave: por un lado, la legitimación activa de la esposa del asegurado, por otro, la cuestión fundamental, sobre el deber de declaración del riesgo y ausencia de dolo o culpa grave, y, por último, la desestimación de la demanda respecto del banco prestamista. Estas cuestiones serán analizadas a continuación.

2.1. Legitimación activa de la esposa del asegurado

Tal y como ha establecido el TS, la esposa del asegurado fallecido tiene legitimación activa para demandar el cumplimiento del contrato de seguro de vida vinculado al préstamo hipotecario. Por tanto, ella tenía derecho a interceder para que se respetaran los términos del contrato de seguro tras el fallecimiento de su esposo.

En este sentido, sobre la legitimación en los seguros de vida vinculados a préstamos hipotecarios, se considera que la persona asegurada tiene la legitimación para reclamar el cumplimiento del seguro. Sin embargo, cuando se producen discrepancias, como el fallecimiento del asegurado, la cuestión de quién está legitimado para actuar puede ser más complicada.



Concretamente, se ha reconocido la legitimación activa de los herederos del asegurado fallecido para exigir el cumplimiento del contrato de seguro a la aseguradora, especialmente en los casos en que la entidad de crédito beneficiaria no actúa tras el siniestro. En la jurisprudencia se ha considerado que los herederos tienen un interés legítimo derivado del propio contrato de seguro y, por tanto, pueden solicitar el pago de la indemnización con destino a la cancelación del préstamo vinculado.

El TS ha establecido, tal y como ha venido diciendo, que los demandantes, como herederos del asegurado fallecido, no tenían la condición de terceros perjudicados del artículo 76 de la Ley del Contrato de Seguro (LCS), sino la de directamente interesados en la efectividad del contrato de seguro. Aunque el banco figure como beneficiario, se reconoce que el seguro satisface un interés común entre el banco, el asegurado y los herederos de este. Por lo tanto, en el seguro de personas, no se aplica la excepción que representa el artículo 76 LCS frente al impago de la prima¹.

2.2. Deber de declaración del riesgo y ausencia de dolo o culpa grave

En el presente caso, el TS determinó que no hubo dolo ni culpa grave por parte del asegurado al cumplimentar el cuestionario de salud. Se consideró que el cuestionario era excesivamente ambiguo y tenía preguntas casi ilegibles. Además, se señaló que no había antecedentes de salud significativos que el asegurado debiera haber percibido como influyentes para valorar el riesgo cubierto. Por ejemplo, el único episodio relevante fue un tratamiento farmacológico breve por un episodio depresivo, sin diagnóstico específico.

Señala el TS que la liberación del asegurador de su obligación de pagar la indemnización debe basarse en el dolo o la culpa grave del asegurado, no en la simple inexactitud de sus respuestas en el cuestionario de salud.

Sobre este deber, se ha de partir de la redacción literal del artículo 10 Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS), según el cual: *“El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no*

¹ STS (Sala 1ª) de 23 de septiembre de 2019.



le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él”².

Presupuesta la desigualdad de información entre tomador y asegurador, la finalidad de este artículo es configurar el deber impuesto al tomador, como un puro deber de revelación de información relevante sobre las circunstancias de la prestación contractual”³.

Además, debe tenerse en cuenta el art. 89 LCS, en el que se establece que el tomador queda exonerado de su deber de declaración “si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él”.

Teniendo en cuenta lo dispuesto en la LCS, el cumplimiento del deber de declaración del riesgo se encuentra condicionado por una doble circunstancia; por un lado, la presentación por parte del asegurador de un cuestionario completo y detallado, si bien sin necesidad de que sea exhaustivo, en el que puedan contemplarse todas las cuestiones relevantes para la valoración del riesgo. Por otro lado, y, en consecuencia, la actuación dolosa o gravemente culposa del tomador del seguro al dejar de contestar, o declarar de forma inexacta datos que le hayan sido preguntados en un cuestionario redactado de forma clara y completa y que sepa que son relevantes para la valoración del riesgo. Por tanto, en el caso de que concurran ambas circunstancias, cuando podría decirse que se consideraría incumplido el deber de declaración del riesgo. En este caso el asegurador quedaría exonerado de tener que pagar la correspondiente indemnización y podría ejercitar la facultad de rescisión del contrato de seguro.

2.2.1. Deber de contestación del asegurado

Se considera el deber de declaración del riesgo como un deber de contestación al cuestionario, recayendo la carga de la prueba sobre la existencia de un cuestionario

² Sobre esta cuestión, entre otros: JORQUI AZOFRA, M.: “El deber de declaración del riesgo en los seguros de personas: especial consideración a los datos derivados de pruebas genéticas predictivas”, Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil n.º. 2, BIB 2017\10735, DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P. “Seguros de vida, accidentes, vehículos, multihogar”, *Derecho de Consumo*, CARRASCO PERERA, A. (Dir.), Aranzadi, Pamplona, 2023, pp. “La aptitud y relevancia de las preguntas del cuestionario de salud y la valoración del deber de declaración del riesgo en un seguro de vida e invalidez vinculado a un préstamo hipotecario”. Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil, n.º. 111, 2019, RUBIO VICENTE, PJ: *El deber precontractual de declaración del riesgo en el contrato de seguro*, Fundación Mapfre, 2003.

³ GÓMEZ POMAR, C.: “Conocimiento cualificado y declaración del riesgo asegurado. De nuevo sobre los límites del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro”, *CCJC*, Civitas, 2019, BIB 2019/1379, p. 5.



completo y detallada en la aseguradora. Por ello, el deber de declaración del riesgo ha de ser entendido como un deber de contestación o respuesta a lo que pregunte el asegurador, sobre el que además recaen las consecuencias que derivan de su no presentación o de la presentación de un cuestionario incompleto, demasiado genérico o ambiguo, con preguntas sobre la salud general del asegurado claramente estereotipadas que no permitan al asegurado vincular dichos antecedentes con la enfermedad causante del siniestro⁴. Por tanto, el asegurador no sólo debe cuidar la redacción del cuestionario, sino que deben procurar comprender en él todas las cuestiones que se consideren relevantes a los efectos de la valoración del riesgo⁵. El asegurador asume el riesgo en caso de no presentarlo o hacerlo de manera incompleta⁶. Además, en el presente caso, el TS establece que no se puede atribuir dolo o culpa grave a un asegurado si las preguntas del cuestionario de

⁴ Ya en la STS (Sala 1ª) 18 mayo 1993 (RJ 1993, 3567) se decía que “*el deber del tomador del seguro ha de conjugarse con el deber de respuesta al cuestionario a que debe someterle la entidad aseguradora*”. Por su parte también la STS (Sala 1ª) 9 julio 1994 (RJ 1994, 6383) según la cual “*los asegurados tienen un deber, que actúa como una respuesta con acentuado contenido obligatorio*”. En este sentido, la STS (Sala 1ª) 12 diciembre 2016 establece que en “la reciente sentencia 72/2016, de 17 de febrero, sintetiza la jurisprudencia de esta sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS en los siguientes términos: “La jurisprudencia de esta Sala sobre el deber de declaración del riesgo regulado en el art. 10 LCS (entre las más recientes, SSTS de 2 de diciembre de 2014, rec. 982/2013, y 4 de diciembre de 2014, rec. 2269/2013, que a su vez citan y extractan las SSTS de 14 de junio de 2006, rec. 4080/1999, 11 de mayo de 2007, rec. 2056/2000, 15 de noviembre de 2007, rec. 5498/2000, y 3 de junio de 2008, rec. 154/2001) viene declarando que dicho precepto, ubicado dentro del título I referente a las disposiciones generales aplicables a toda clase de seguros, ha configurado, más que un deber de declaración, un deber de contestación o respuesta del tomador a lo que se le pregunte por el asegurador, ya que este, por su mayor conocimiento de la relevancia de los hechos a los efectos de la adecuada valoración del riesgo, debe preguntar al contratante aquellos datos que estime oportunos. Esta configuración se aclaró y reforzó, si cabe, con la modificación del párrafo primero de este art. 10, al añadirse un último inciso según el cual “quedará exonerado de tal deber (el tomador del seguro) si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él”. La STS (Sala 1ª) 2 diciembre 2014 (RJ 2014, 6352), justifica que la falta de presentación del cuestionario o la generalidad de las preguntas incluidas en el, determine el cumplimiento de la obligación del tomador. La redacción del cuestionario aparece como una carga que pesa sobre el asegurador, ya que éste ha de determinar el deber del futuro contratante.

⁵ Entre otras muchas, vid. SSTS (Sala 1ª) de 1 de marzo de 2021, de 30 de noviembre 2020, 11 noviembre 2020 y 25 noviembre 2020. De ese modo, la indeterminación de las cláusulas del cuestionario o la inclusión de cláusulas estereotipadas suelen ser determinantes del cumplimiento de la obligación del asegurado; así las SSTS (Sala 1ª) 16 marzo 2016 (RJ 2016, 851) 8 noviembre 2018 (RJ 2018, 5217) y 5 abril 2017 (RJ 2017, 2664) y las SSAAPP Burgos (Sec. 3ª) 6 marzo 2018 (JUR 2018, 116546), Barcelona (Sec. 16ª) 8 febrero 2018 (JUR 2018, 89910), Almería (Sec. 1ª) 14 noviembre 2017 (JUR 2018, 261454), Sevilla (Sec. 6ª) 9 febrero 2017 (AC 2017, 626), Murcia (Sec. 1ª) 11 julio 2016 (JUR 2016, 201919). Asimismo, Las SSTS (Sala 1ª) 14 marzo 2016 (RJ 2016, 851), 8 noviembre 2018 (RJ 2018, 5217) y 5 abril 2017 (RJ 2017, 2664) y las SSAAPP Burgos (Sec. 3ª) 6 marzo 2018 (JUR 2018, 116546), Barcelona (Sec. 16ª) 8 febrero 2018 (JUR 2018, 89910), Almería (Sec. 1ª) 14 noviembre 2017 (JUR 2018, 261454), Sevilla (Sec. 6ª) 9 febrero 2017 (AC 2017, 626), Murcia (Sec. 1ª) 11 julio 2016 (JUR 2016, 201919).

⁶ En este sentido, vid. SSTS STS (Sala 1ª) de 1 de marzo de 2021, 4 diciembre 2014, 25 de octubre de 1995, 21 de febrero de 2003, 27 de febrero de 2005; 29 de marzo de 2006; 17 de julio de 2007, entre otras.



seguro no le fueron formuladas directamente, como en el caso referido de un cuestionario completado por su cónyuge.

Aún más, en la presente Sentencia, el TS continúa con la afirmación consolidada que el asegurado no puede justificar el incumplimiento de su deber por la mera circunstancia de que el cuestionario sea rellenado o cumplimentado materialmente por el personal de la aseguradora o de la entidad que actúe por cuenta de aquella, si está probado que fue el asegurado quien proporcionó las contestaciones a las preguntas sobre su salud formuladas por dicho personal.

2.2.2. Preguntas “aptas”

Las preguntas del cuestionario deben ser “aptas” para que el tomador tome consciencia de la relevancia de los datos para la determinación del riesgo. Lo que se debe examinar es si el tipo de preguntas formuladas al asegurado eran conducentes a que este pudiera representarse a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían, es decir, si las preguntas le permitían ser consciente de que, al no mencionar sus patologías, estaba ocultando o silenciando datos relevantes para la exacta valoración del riesgo y causalmente relacionados con el siniestro.

Relevante en este sentido es la STS 24 de enero de 2019 que sistematiza la jurisprudencia y detalla los criterios para determinar el incumplimiento del deber de declaración del riesgo. Este incumplimiento se identifica en el caso de que el asegurado no comunica o comunica erróneamente un dato importante que fue solicitado de forma clara por la aseguradora, si la realidad del riesgo difiere de lo declarado, si el asegurado conocía o debía conocer el dato con una diligencia básica, si la aseguradora desconocía el dato al momento de la declaración y si hay una conexión directa entre lo no declarado y el riesgo asegurado. Del mismo modo, el TS en varias sentencias, como la STS (Sala 1ª) de 1 de marzo de 2021, además de determinar que las consecuencias de presentar un cuestionario incompleto, genérico o ambiguo recaen sobre el asegurador, señala que si las preguntas formuladas eran adecuadas para que el asegurado pudiera comprender a qué antecedentes de salud conocidos por él o que pudiera conocer se referían y, por tanto, si estaba ocultando información relevante para la valoración del riesgo.

Crucial es también la SAP Barcelona (Sec. 11ª) 27 noviembre 2019 que se refiere a la necesidad de que para que un cuestionario de salud sea efectivo, sus preguntas deben ser claras y específicas. De esta forma, un cuestionario con preguntas demasiado generales que no permitan al asegurado reconocer claramente a qué aspectos de su salud se refieren puede llevar a la responsabilidad de la aseguradora por los errores o lagunas resultantes. Además, la sentencia recalca que la firma del asegurado no es suficiente para que la



aseguradora rechace una reclamación de prestación debido a inexactitudes en el cuestionario si las preguntas no permitían al asegurado comprender la relevancia de sus respuestas para la evaluación del riesgo. Por tanto, es crucial que las preguntas permitan al asegurado darse cuenta de que omitir información relevante sobre su salud puede afectar la valoración del riesgo asegurado.

2.2.3. *Ausencia de dolo o culpa grave*

Teniendo en cuenta todo lo anterior, en el presente caso el TS establece que no se puede atribuir dolo o culpa grave a un asegurado si las preguntas del cuestionario de seguro no le fueron formuladas directamente, en un cuestionario completado por su cónyuge. Además, si el cuestionario presenta ambigüedad, preguntas difíciles de leer y carece de claridad en cuanto a la relevancia de los antecedentes de salud, no se puede esperar que el asegurado comprenda su impacto en la valoración del riesgo. En definitiva, según el TS, para liberar a la aseguradora de su obligación, se requiere más que inexactitudes en las respuestas; se necesita probar que hubo intención o negligencia grave por parte del asegurado.

Antes de referirnos a la definición de dolo y su deferencia con la culpa grave, debe advertirse que teniendo en cuenta lo previamente expuesto, en muchos casos, la falta de apreciación de dolo o culpa del asegurado se reconoce por los tribunales en los casos de falta de cuestionario⁷, o bien por la falta de preguntas “aptas”, por la falta de concreción en las preguntas del cuestionario y por ende en la falta de diligencia del asegurador en la redacción de un cuestionario completo y detallado⁸, como ocurre en el caso enjuiciado por la Sentencia objeto de comentario, en el que el cuestionario era excesivamente ambiguo, con preguntas casi ilegibles, y máxime la ausencia de antecedentes de salud significativos que el asegurado tuviera necesariamente que percibir como objetivamente influyentes para valorar el riesgo cubierto.

Respecto a la definición de dolo al que se refiere el artículo 10.2 LCS, resulta significativa la STS (Sala 1ª) 11 de mayo 2007 (RJ 2007, 2134), que lo define como la “reticencia en la expresión de las circunstancias conocidas por el tomador del seguro que puedan influir

⁷ Por ejemplo, la SAP Salamanca (Sec. 1ª) 29 abril 2008 (JUR 2008, 331733) estima no existe dolo o culpa grave en el tomador del seguro ante la falta de presentación del cuestionario.

⁸ Entre otras, la SAP La Rioja (Sec. 1ª) 3 septiembre 2018 (JUR 2018, 294778) que reconoce no ha existido ocultación, ni dolo o culpa del asegurado mutualista al cumplimentar cuestionario.



en la valoración del riesgo y que de haberlas conocido el asegurador hubieran influido decisivamente en la voluntad de celebrarlo”⁹.

A este respecto, por ejemplo, en la STS (Sala 1ª) 4 de noviembre de 2019 se subraya la importancia de la veracidad en las respuestas del asegurado al cuestionario de salud, y por ello se entiende que hubo ocultación y, por tanto, dolo al declarar el riesgo cuando el asegurado negó el consumo habitual de alcohol, el cual estaba relacionado con su estado de salud mental que afectó la valoración del riesgo por parte de la aseguradora.

A pesar de la identidad de efectos liberatorios para el asegurador, debe advertirse la distinción entre la existencia de dolo y culpa grave. En este punto destaca la SAP Madrid (Sec. 14ª) 22 diciembre 2010 (AC 2010, 1471), según la cual: “el dolo supone una actitud de insidia o engaño, en el sentido del artículo 1269 del Código civil, consistente en la ocultación consciente o el engaño deliberado sobre hechos que se saben relevantes y de influencia determinante en la celebración del contrato, mientras que la culpa grave equivale a la falta de diligencia inexcusable”.

También resulta significativa la diferenciación entre los supuestos de “culpa leve” o “meramente culposos” y “culpa grave”, de este modo el TS, en SSTs (Sala 1ª) 12 de agosto de 1993; 24 de junio de 1999; 14 de junio de 2006, señalaba que “la determinación de si un determinado supuesto es meramente culposo por parte del tomador, o bien se debe a culpa grave, es de libre apreciación del tribunal sentenciador, por cuanto, versando sobre la aplicación de conceptos jurídicos, estos han de resultar de los hechos, conductas y circunstancias que el órgano judicial fija y valora”¹⁰.

Por su parte el TS en STS (Sala 1ª) de 10 de diciembre de 2020, en la que se abordó un caso donde se apreció dolo o, al menos, culpa grave, por parte del asegurado en la omisión de información relevante para la valoración del riesgo. En este caso, se concluyó que el asegurado faltó a la verdad al contestar negativamente a preguntas concretas sobre su

⁹ Asimismo, se pronuncian las SSTs (Sala 1ª) 31 diciembre 1998 (RJ 1998, 9775), 26 de julio de 2002 (RJ 2002, 8550), 31 mayo 2004 (RJ 2004,3554), 15 noviembre 2007 (RJ 2007, 8423), 18 julio 2012 (RJ 2012, 8998), entre otras. Precisamente esta última sentencia releva del pago de la prestación a la aseguradora, pues la consciencia de la enfermedad que padecía el asegurado y la falta de manifestación en el cuestionario supone la omisión de un dato transcendental que habría provocado razonablemente el rechazo de la solicitud de seguro, o, cuando menos, una elevación de la prima.

¹⁰ Vid. ZUNZUNEGUI F. Y MARTÍN, I.: “Consecuencias de la imprecisión de la declaración de salud”, *Regulación financiera. Revista de Derecho del Mercado Financiero*, 2017, pp. 1 y 2.



salud, lo que resultó en una ocultación dolosa de información relevante que la aseguradora necesitaba para valorar el riesgo¹¹.

3. Desestimación de la demanda respecto del banco prestamista

El Tribunal desestimó la demanda contra el banco prestamista, argumentando que no era exigible que el banco dejara de cobrar las cuotas del préstamo hipotecario cuando la aseguradora rechazó el siniestro basándose en el supuesto dolo o culpa grave del asegurado al cumplimentar el cuestionario sobre sus antecedentes de salud.

4. Reflexión final

Este fallo del Tribunal Supremo aporta claridad en aspectos relevantes relacionados con los seguros de vida vinculados a préstamos hipotecarios, especialmente en lo que respecta a la interpretación del deber de declaración del riesgo y las circunstancias que configuran el dolo o la culpa grave en estos casos.

De esta manera, interpretando el artículo 10 LCS y teniendo en cuenta las soluciones jurisprudenciales y la contenida en la Sentencia objeto de comentario, podría decirse que, aun cuando el tomador hubiera omitido datos relativos a su salud o hubiera declarado de forma inexacta los mismos, no se entiende que ha incumplido el deber de declaración del riesgo, estando obligado la compañía aseguradora al pago de la correspondiente indemnización.

La existencia de un cuestionario incompleto, con preguntas no objetivamente “aptas”, la falta de existencia de nexo causal entre la patología no declarada y la causante del hecho asegurado, la falta de percepción por el asegurado de circunstancias objetivas consistentes en la “aptitud” de las preguntas planteadas como objetivamente influyentes para valorar el riesgo cubierto y la circunstancia de la persona que ha completado el cuestionario distinta del asegurado, pueden ser determinantes para obligar a la compañía aseguradora a pagar y, por ende, negar la existencia de dolo o culpa grave en el asegurado.

¹¹ Del mismo modo, en las SSTS (Sala 1ª) de 4 de noviembre 2019, de 21 de enero 2019, de 8 de noviembre 2018, de 10 de octubre 2018, 10 de mayo 2017, de 4 de octubre 2016, de 12 de diciembre 2016, y de 17 de febrero 2016, se reconoció dolo, o bien, cuando menos culpa grave, pues conforme a las circunstancias concurrentes, al margen del carácter genérico de algunas preguntas, se comprobó la realización de preguntas concretas sobre antecedentes de salud y la concurrencia de elementos objetivos que el asegurado tenía que representarse necesariamente como influyentes para valorar el riesgo.