



**REPORTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO  
 OCURRIDO EN CALIFORNIA**

**Escriba a máquina o en letra de molde.**

<b>DATOS SOBRE LA PARTE    QUE HACE EL REPORTE</b>		N° DE VEHÍCULOS / / LUGAR DEL ACCIDENTE (CIUDAD/CONDADO) (SOLO EN CALIFORNIA) EN PROPIEDAD PRIVADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
<b>DATOS SOBRE LA OTRA PARTE</b>		HORA DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Circulando <input type="checkbox"/> Parado en tráfico <input type="checkbox"/> Estacionado <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Otro (Ej.: rodó)			MANEJANDO PARA EMPLEADOR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
		NOMBRE DEL CONDUCTOR (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)					N° DE LICENCIA DE MANEJAR		ESTADO	
		DOMICILIO DEL CONDUCTOR							FECHA DE NACIMIENTO / /	
		CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMEROS TELEFÓNICOS			
		Trabajo ( )			Casa ( )					
		VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)		N° DE PLACA O DE SERIE DEL VEHÍCULO					ESTADO	MÁS DE \$1,000 EN DAÑOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		DUEÑO DEL VEHÍCULO (PERSONA O COMPAÑÍA)							FECHA DE NACIMIENTO / /	
		DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO (NO ANOTE EL NOMBRE DEL AGENTE O INTERMEDIARIO) AL MOMENTO DEL ACCIDENTE					N° DE PÓLIZA					
N° NAIC DE LA COMPAÑÍA		PERÍODO DE LA PÓLIZA			NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA					
De: _____		A: _____								
<b>LESIONES/MUERTES    DAÑOS MATERIALES</b>		<input type="checkbox"/> Circulando <input type="checkbox"/> Parado en tráfico <input type="checkbox"/> Estacionado <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Otro (Ej.: rodó)			MANEJANDO PARA EMPLEADOR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
		NOMBRE DEL CONDUCTOR (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)					N° DE LICENCIA DE MANEJAR		ESTADO	
		DOMICILIO DEL CONDUCTOR							FECHA DE NACIMIENTO / /	
		CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMEROS TELEFÓNICOS			
		Trabajo ( )			Casa ( )					
		VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)		N° DE PLACA O DE SERIE DEL VEHÍCULO					ESTADO	MÁS DE \$1,000 EN DAÑOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		DUEÑO DEL VEHÍCULO (PERSONA O COMPAÑÍA)							FECHA DE NACIMIENTO / /	
		DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO (NO ANOTE EL NOMBRE DEL AGENTE O INTERMEDIARIO) AL MOMENTO DEL ACCIDENTE					N° DE PÓLIZA					
N° NAIC DE LA COMPAÑÍA		PERÍODO DE LA PÓLIZA			NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA					
De: _____		A: _____								
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO LESIONADO O FALLECIDO					<input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Fallecido		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Peatón			
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO LESIONADO O FALLECIDO					<input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Fallecido		<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Peatón			
OTROS DAÑOS MATERIALES (POSTES TELEFÓNICOS, CERCAS, GANADO, ETC.)					MÁS DE \$1,000 EN DAÑOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD										

**LEA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL REVERSO**

**Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del Estado de California, que lo anterior es cierto y correcto.**

FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA
		X

SE ADJUNTA INFORMACIÓN ADICIONAL

**A**  
**SU  
VEHÍCULO**

**DATOS SOBRE SEGURO VEHICULAR DE CALIFORNIA**

Es posible que el departamento envíe esta parte a la **compañía de seguros** indicada. Si no se completa **en su totalidad**, se asumirá que usted **no tenía seguro en este accidente y se le suspenderá su licencia**.

**NO DESPRENDER**

**DMV FILE NUMBER**

<b>S E G U R O  V E H I C U L A R</b>	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EXPIDIÓ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL QUE CUBRE A SU VEHÍCULO (NO EL DEL AGENTE O INTERMEDIARIO)		
	Nº DE PÓLIZA	PERÍODO DE LA PÓLIZA De: _____ A: _____	
	FECHA DEL ACCIDENTE / /	EN O CERCA DE (CIUDAD O PUEBLO) (SOLO EN CALIFORNIA)	
	VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)	Nº DE SERIE DEL VEHÍCULO	Nº DE PLACA DEL VEHÍCULO
	CONDUCTOR	DIRECCIÓN	
	DUEÑO	DIRECCIÓN	
NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN	

SR 1A SP (REV. 6/2025) WWW.....

**Si la póliza no estaba vigente, este formulario debe completarse y enviarse al DMV en un plazo de 20 días.**

La compañía abajo suscrita informa que con respecto al accidente reportado, la póliza reportada al reverso:

**NO ESTABA VIGENTE.**

No era una póliza de responsabilidad civil.     No cubría al vehículo/conductor.     El número no es un número de póliza de la compañía.

Número de póliza \_\_\_\_\_

Periodo de la póliza, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**ENVIAR POR CORREO A:**

Department of Motor Vehicles  
P.O. Box 942884  
Sacramento, CA 94284-0884

SR 1A SP (REV. 6/2025) WWW

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

La ley de California exige que los accidentes de tráfico que ocurrían en las calles, carreteras o en propiedad privada de California se reporten al Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) en un plazo de 10 días si hubo lesiones, muertes o daños materiales mayores de \$1,000. Si no se hace el reporte a tiempo, podría resultar en que el DMV suspenda su licencia de manejar. No es necesario reportar accidentes donde se vean involucrados vehículos que *no se requieren matricular*, tales como, vehículos que de uso exclusivo fuera de la carretera (OHV), vehículos agrícolas o motonieves (snowmobiles) ni los accidentes que ocurrían en una base militar o en la propiedad del conductor y que involucre únicamente su propiedad personal y en los que no hubo lesiones ni muertes.

La ley exige que el conductor presente **este formulario SR 1** al DMV **sin importar la culpabilidad**. Este reporte se deberá hacer además de cualquier otro reporte presentado a una agencia policial, compañía de seguro o a la patrulla de caminos (*California Highway Patrol, CHP*) ya que dichos reportes **no cumplen** con los requisitos de información. Un agente de seguros, abogado u otro representante designado puede presentar este reporte a nombre del conductor.

La ley exige que todo conductor y todo dueño de un vehículo motorizado sea “financieramente responsable” de cualquier lesión o daño que resulte al manejar o por ser dueño de un vehículo motorizado. El nivel mínimo de seguro de “responsabilidad financiera” (seguro vehicular) es una **cobertura de responsabilidad civil y de daños materiales** de \$30,000 por lesión o muerte de una persona, \$60,000 por lesión o muerte de dos o más personas y \$15,000 por daños materiales por cada accidente. El seguro de cobertura completa y colisión (**comprehensive and collision**) **no cumple con el requisito legal**.

La §1806 del código de vehículos (*California Vehicle Code, CVC*) exige que el DMV mantenga un registro de información de accidentes, **sin importar la culpabilidad**, cuando los individuos reporten accidentes según la ley de responsabilidad financiera (*Financial Responsibility*) o cuando las agencias policiales o la patrulla CHP investiguen y hagan un reporte.

### AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO...

Escriba en letra de molde en los espacios y casillas del formulario. Si necesita proporcionar información adicional en otra hoja de papel o si incluye una copia de cualquier reporte de las agencias policiales, marque la casilla que indica “Se adjunta información adicional”. Si usted es el pasajero que reporta el accidente, asegúrese de marcar la casilla “Otro” para identificarse y anote “Pasajero” en la explicación.

- Escriba “unk” (*unknown*, desconocido) o “none” (ninguno) en cualquier espacio o casilla si no tiene información sobre la otra parte involucrada [en el accidente].
- Dé información completa sobre el seguro vehicular que identifique *correcta y totalmente* a la **compañía** que *emitió* la póliza.
- Anote en las casillas correspondientes el número correcto de la asociación nacional de comisionados de seguros (*National Association of Insurance Commissioners, NAIC*) de su compañía de seguro. Este número NAIC debe aparecer en su tarjeta de identificación de seguro vehicular o bien, puede comunicarse con su agente o compañía de seguro para obtenerlo.
- Identifique a cualquier persona involucrada en el accidente (conductor, pasajero, peatón, ciclista, etc.) a quien vio lesionada o quejándose de lesiones corporales o sepa que haya fallecido.
- Anote en la sección de OTROS DAÑOS MATERIALES cualquier daño a postes telefónicos, cercas, señalamientos viales, postes de contención, árboles, ganado, perros, etc., que por requisito deba reportarse, incluya el costo de los daños. Quizá sea necesario que se comunique con el dueño de la propiedad para una estimación de los daños.

Una vez que complete este reporte, envíelo por correo a:

Department of Motor Vehicles  
Insurance Unit  
Mail Station J237  
P.O. Box 942884  
Sacramento, CA 94284-0884

EL DMV no acepta reportes ni toma acciones contra los automovilistas que no hagan el reporte o que no tengan seguro vehicular, a menos que alguien involucrado en el accidente o una persona designada envíe el formulario SR 1 al DMV y se reciba en *un plazo de un año calendario a partir de la fecha del accidente*.

### AVISO

La información del accidente en el formulario SR 1 se exige conforme a las Divisiones 6 y 7 del código CVC. Si no se proporciona información, resultará en la suspensión del privilegio de manejar. Excepto cuando por ley sea confidencial (por ejemplo, información médica) o cuando la ley de expedientes públicos (*Public Records Act*) la considere exenta, la información es un expediente público, es usada con regularidad por las agencias policiales y compañías de seguros; y está disponible a inspección pública. La §16005 del código CVC limita los reportes públicos del formulario SR 1 solo a las partes implicadas con el accidente, pero permite que las personas con un interés legítimo (conductores involucrados, sus empleadores, etc.) reciban la información específica. Estos individuos pueden inspeccionar u obtener copias de la información contenida en sus expedientes durante el horario de oficina regular. El gerente de la unidad de responsabilidad financiera (seguro vehicular) *Financial Responsibility*, en 2570 24th Street, Sacramento, California 95818 (número de teléfono: 916-657-6677) es el responsable de mantener esta información.

### AVISO SOBRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

- La recolección de datos personales que realiza el DMV se rige por: la ley de prácticas de información (*California Information Practices Act*); la §1798 y subsiguientes del código civil (*Civil Code*); la §11015.5 del código gubernamental (*Government Code, GC*); la §6250 y subsiguientes de la ley de expedientes públicos del código gubernamental (*California Public Records Act, GC*); la §1808 del código de vehículos (*California Vehicle Code, CVC*); las §§2721-2725 de la ley de protección de la privacidad del conductor del capítulo 18 del código de Estados Unidos (*Driver's Privacy Protection Act, 18 United States Code*).
- La información recolectada se puede compartir con proveedores de servicios autorizados, agencias de gobierno estatal, federal y/o local, agentes policiales y entidades comerciales de acuerdo con la ley.
- El DMV usa esta información para documentar conductores involucrados en un accidente con daños materiales mayores de \$1,000, o si hubo lesiones o la muerte de alguna persona.
- Todos los datos en este formulario son obligatorios.
- No proporcionar los datos obligatorios puede ocasionar la suspensión del privilegio de manejar para cualquier persona que no realice, se niegue u olvide presentar, como es requerido, el reporte de un accidente.
- Tiene derecho de revisar y solicitar correcciones o que se borre información de los expedientes del DMV que contengan sus datos personales.
- Preguntas sobre este formulario deben ser dirigidas a DMV Insurance Unit en: P.O. Box 942884, M/S J237, Sacramento, CA 94284.
- Para peticiones o preguntas sobre la política de privacidad comuníquese con: DMV Chief Privacy Officer, 2415 First Avenue, MS F127, Sacramento, CA 95818 o al (916) 657-6340.