



REPORTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO OCURRIDO EN CALIFORNIA

Escriba a máquina o en letra de molde.

Nº DE VEHÍCULOS		FECHA DEL ACCIDENTE / /		LUGAR DEL ACCIDENTE (CIUDAD/CONDADO) (SOLO EN CALIFORNIA)				EN PROPIEDAD PRIVADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
DATOS SOBRE LA PARTE QUE HACE EL REPORTE	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)							Nº DE LICENCIA DE MANEJAR		ESTADO	
	DOMICILIO DEL CONDUCTOR								FECHA DE NACIMIENTO / /		
	CIUDAD				ESTADO		CÓDIGO POSTAL		NÚMEROS TELEFÓNICOS Trabajo () Casa ()		
	VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)			Nº 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							Nº DE PÓLIZA			
	Nº NAIC DE LA COMPAÑÍA		PERIODO DE LA PÓLIZA De: A:			NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA					
	DATOS SOBRE LA OTRA PARTE	<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)							Nº DE LICENCIA DE MANEJAR		ESTADO		
DOMICILIO DEL CONDUCTOR								FECHA DE NACIMIENTO / /			
CIUDAD				ESTADO		CÓDIGO POSTAL		NÚMEROS TELEFÓNICOS Trabajo () Casa ()			
VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)			Nº 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							Nº DE PÓLIZA				
Nº NAIC DE LA COMPAÑÍA		PERIODO DE LA PÓLIZA De: A:			NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA						
LESIONES/MUERTES DAÑOS MATERIALES		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
-------	--------------------------	-------------------

SEGURO VEHICULAR	A SU VEHICULO		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	
	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EXPIDIÓ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL QUE CUBRE A SU VEHICULO (NO EL DEL AGENTE O INTERMEDIARIO)							Nº DE LICENCIA DE MANEJAR (DEL CONDUCTOR DE SU VEHICULO)
	Nº DE PÓLIZA			PERIODO DE LA PÓLIZA De: _____ A: _____				
	FECHA DEL ACCIDENTE / /		EN O CERCA DE (CIUDAD O PUEBLO) (SOLO EN CALIFORNIA)					
	VEHICULO (AÑO Y MARCA)			Nº DE SERIE DEL VEHICULO		Nº DE PLACA DEL VEHICULO		ESTADO
	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 _____	ENVIAR POR CORREO A: Department of Motor Vehicles P.O. Box 942884 Sacramento, CA 94284-0884
Título _____	
Fecha _____	

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La ley de California exige que los accidentes de tráfico que ocurran 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 ocurran 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 comuniqué 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.