



Agencia de servicio público

# REPORTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO OCURRIDO EN CALIFORNIA

Favor de escribir a máquina o en letra de molde.

CUÁNTOS VEHÍCULOS	FECHA DEL ACCIDENTE	LUGAR DEL ACCIDENTE (CIUDAD/CONDADO) (SOLO EN CALIFORNIA)	EN PROPIEDAD PRIVADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------	---------------------	---	---

<b>DATOS SOBRE LA PARTE QUE HACE EL REPORTE</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)		Nº DE LICENCIA DE MANEJAR
	DOMICILIO DEL CONDUCTOR		ESTADO
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMEROS TELEFÓNICOS Trabajo ( ) Casa ( )		
	VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)	Nº DE PLACA O DE SERIE DEL VEHÍCULO	ESTADO
	DUEÑO DEL VEHÍCULO (PERSONA O COMPAÑÍA)		MÁS DE \$1,000 EN DAÑOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	DIRECCIÓN		FECHA DE NACIMIENTO
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (NO 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	

<b>DATOS SOBRE LA OTRA PARTE</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)	
	DOMICILIO DEL CONDUCTOR	
	CIUDAD	ESTADO
	NÚMEROS TELEFÓNICOS Trabajo ( ) Casa ( )	
	VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)	Nº DE PLACA O DE SERIE DEL VEHÍCULO
	DUEÑO DEL VEHÍCULO (PERSONA O COMPAÑÍA)	
	DIRECCIÓN	
	CIUDAD	ESTADO
	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (NO EL NOMBRE DEL AGENTE O INTERMEDIARIO) AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	
Nº NAIC DE LA COMPAÑÍA	PERIODO DE LA PÓLIZA De: _____ A: _____	

<b>LESIONES/MUERTES DAÑOS MATERIALES</b>	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO LESIONADO O MUERTO	<input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Muerto <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Peatón
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO LESIONADO O MUERTO	<input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Muerto <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 DORSO

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 <b>X</b>
-------	--------------------------	-------------------

SE ADJUNTA INFORMACIÓN ADICIONAL

<b>A SU VEHICULO</b>	<b>DATOS SOBRE SEGURO VEHICULAR DE CALIFORNIA</b>			<b>NO DESPRENDER</b>		<b>DMV FILE NUMBER</b>
	Es posible que el departamento envíe esta parte a la <b>compañía de seguros</b> indicada. Si no se <b>completa en su totalidad</b> , se asumirá que usted <b>no</b> tenía seguro en este accidente y <b>se le suspenderá su licencia</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)				PERIODO DE LA PÓLIZA	
	NÚMERO DE PÓLIZA		De: _____		A: _____	
	FECHA DEL ACCIDENTE	EN O CERCA DE (CIUDAD O PUEBLO) (SOLO EN CALIFORNIA)				
	VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)		NÚMERO DE SERIE DEL VEHÍCULO		NÚMERO DE PLACA DEL VEHÍCULO	ESTADO
	CONDUCTOR			DIRECCIÓN		
DUEÑO			DIRECCIÓN			
NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			DIRECCIÓN			
SR 1A SP (REV. 1/2017) 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

## 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 le suspenda la licencia de manejar. No es necesario reportar accidentes que involucren vehículos a los que *no se requiere matricular*, tales como, vehículos que se usan fuera de las carreteras (OHV), vehículos agrícolas o vehículos para la nieve (*snowmobiles*) ni tampoco es necesario reportar los accidentes que ocurran en una base militar o en la *misma* propiedad del conductor involucrando propiedad personal que *solo* le pertenece al conductor y *si* no hubo lesiones o 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 policíaca, compañía de seguros o a la patrulla de caminos *California Highway Patrol* (CHP) ya que tales reportes **no** cumplen con los requisitos de información del formulario SR 1. Un agente de seguros, abogado u otro representante designado puede presentar este reporte a nombre del conductor.

La ley de California exige que todo conductor y todo dueño de un vehículo motorizado sea “financieramente responsable” de cualquier lesión o daño que resulte al manejar o al ser dueño de un vehículo motorizado. El nivel mínimo de seguro de “responsabilidad financiera” (seguro vehicular) es **cobertura de responsabilidad civil y de daños materiales** de \$15,000 por lesión o muerte de una persona, \$30,000 por lesión o muerte de dos o más personas y \$5,000 por daños materiales por 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 policíacas o la patrulla CHP investiguen y hagan un reporte.

### AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO...

*Favor de escribir 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 *copía* de cualquier reporte de las agencias policíacas, favor de marcar la casilla que indica “Se adjunta información adicional”. **Si usted es el pasajero que reporta el accidente**, asegúrese de identificarse marcando la casilla “Otro” y declarando “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 *expidió* 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 seguros. Este número NAIC debe aparecer en su tarjeta de identificación de seguro vehicular o *bien*, puede comunicarse con su agente o compañía de seguros para obtenerlo.
- Identifique a cualquier persona involucrada en el accidente (conductor, pasajero, peatón, ciclista, etc.) a quien usted pueda haber visto lesionada o *bien*, quejándose de lesiones corporales o sepa que haya muerto.
- Anote en la sección de OTROS DAÑOS MATERIALES cualquier daño a postes telefónicos, cercas, carteles callejeros, postes de contención, árboles, ganado, perros, etc. que cumpla con el requisito de ser reportable, incluyendo el valor de los daños. *Esto puede requerir que usted se comunique con el dueño de la propiedad para una estimación de los daños.*
- Una vez que complete este reporte, por favor envíelo por correo a:

**Department of Motor Vehicles  
Financial Responsibility  
Mail Station J237  
P.O. Box 942884  
Sacramento, CA 94284-0884**

EL DMV no acepta reportes o toma acciones contra los automovilistas que no hacen el reporte o que no tienen seguro vehicular, a menos que alguien involucrado en el accidente o alguien a quien se haya designado envíe el formulario SR 1 al DMV y sea recibido 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 la ley lo considere 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 policíacas 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 que tienen que ver con el accidente, pero permite que las personas con un interés debido (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.