STATE OF CALIFORNIA
DMV
DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES
A Public Service Agency

POR FAVOR LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE DE LA PÁGINA 2

REPORTE DE ACCIDENTES DE TRÁFICO DE CALIFORNIA

DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES - FINANCIAL RESPONSIBILITY
P. O. BOX 942884 MAIL STA. J237, SACRAMENTO, CALIFORNIA 94284-0884
(916) 657-6677

POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA

SÓLO PARA USO DEL DMV

FECHA Y UBICACIÓN DEL ACCIDENTE

FECHA DEL ACCIDENTE
Mes: Día: Año:

HORA DEL ACCIDENTE
☐ A.M. ☐ P.M.

NÚMERO DE VEHÍCULOS

MUERTES
☐ Sí ☐ NO

UBICACIÓN (CALLE O CARRETERA MÁS CERCANA)
Ciudad:

(ÚNICAMENTE EN CALIFORNIA)
Condado:

EN PROPIEDAD PRIVADA
☐ Sí ☐ NO

PARTE QUE REPORTA (También llena la Parte A en la página 3)

☐ En movimiento ☐ Detenido en el tráfico ☐ Estacionado ☐ Peatón ☐ Ciclista ☐ Otro (Explique): _____

NOMBRE DEL CONDUCTOR (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR

ESTADO
CA

FECHA DE NACIMIENTO
Mes: Día: Año:

DOMICILIO DEL CONDUCTOR (NÚMERO Y CALLE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
CA

NÚMERO TELEFÓNICO
Trabajo ( ) Hogar ( )

PROPIETARIO DEL VEHÍCULO (PRIMER, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) DOMICILIO (NÚMERO Y CALLE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
CA

VEHÍCULO (MODELO Y MARCA)

PLACA DEL VEHÍCULO O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

ESTADO
CA

¿SON LOS DAÑOS MAYORES A US$500?
☐ **Si** ☐ **NO**

¿ESTABA USTED MANEJANDO UN VEHÍCULO PROPIEDAD DE SU EMPLEADOR DURANTE EL TRANSCURSO DEL EMPLEO?
☐ Sí ☐ NO

SI ASÍ FUE, PROPORCIONE EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:

INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO DE LA PARTE QUE REPORTA

¿SE ENCONTRABA EN EFECTO UNA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE?
☐ Sí ☐ NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA (NO LA AGENCIA O AGENCIA DE CORREDORES) AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA

SÓLO PARA USO DEL DMV

NÚMERO DE PÓLIZA

PERÍODO DE LA PÓLIZA
De: A:

OTRA PARTE

☐ En movimiento ☐ Detenido en el tráfico ☐ Estacionado ☐ Peatón ☐ Ciclista ☐ Otro (Explique): _____

NOMBRE DEL CONDUCTOR (PRIMERO, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR

ESTADO
CA

FECHA DE NACIMIENTO
Mes: Día: Año:

DOMICILIO DEL CONDUCTOR (NÚMERO Y CALLE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
CA

NÚMERO TELEFÓNICO
Trabajo ( ) Hogar ( )

PROPIETARIO DEL VEHÍCULO (PRIMER, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) DOMICILIO (NÚMERO Y CALLE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
CA

VEHÍCULO (MODELO Y MARCA)

PLACA DEL VEHÍCULO O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

ESTADO
CA

¿SON LOS DAÑOS MAYORES A US$500?
☐ **Si** ☐ **NO**

¿ESTABA USTED MANEJANDO UN VEHÍCULO PROPIEDAD DE SU EMPLEADOR DURANTE EL TRANSCURSO DEL EMPLEO?
☐ Sí ☐ NO

SI ASÍ FUE, PROPORCIONE EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:

INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO DE LA OTRA PARTE

¿SE ENCONTRABA EN EFECTO LA COBERTURA POR RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL VEHÍCULO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE?
☐ Sí ☐ NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA (NO LA AGENCIA O AGENCIA DE CORREDORES) AL MOMENTO DEL ACCIDENTE

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA

SÓLO PARA USO DEL DMV

NÚMERO DE PÓLIZA

PERÍODO DE LA PÓLIZA
De: A:

LESIONES Y/O MUERTES QUE EL ACCIDENTE PROVOCÓ

NOMBRE Y DIRECCIÓN			
	☐ Lesión ☐ Fatal	☐ Menos de 18 años	☐ Conductor ☐ En su vehículo ☐ Ciclista ☐ Pasajero ☐ En otro vehículo ☐ Peatón
NOMBRE Y DIRECCIÓN			
	☐ Lesión ☐ Fatal	☐ Menos de 18 años	☐ Conductor ☐ En su vehículo ☐ Ciclista ☐ Pasajero ☐ En otro vehículo ☐ Peatón

DAÑO A OTRA PROPIEDAD (Postes telefónicos cercas, ganado, etc.)

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD

¿SON LOS DAÑOS MAYORES A US$500?
☐ **Si** ☐ **NO**

Certifico bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de California, que la información que indiqué en este documento es verdadera y correcta.

FECHA	**NOMBRE IMPRESO**	**FIRMA**
	X	**X**

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Según las leyes estatales, el conductor de cualquier vehículo motorizado que "se ve involucrado de cualquier manera en *un accidente" en este estado* *(o su representante designado)* ***deberá reportar el accidente al Departamento de Vehículos*** **Motorizados** (DMV) **dentro de un período de 10 días, si alguien resultó lesionado o falleció, o si hubo daños mayores a** los US$500 a cualquier persona o propiedad. La ley exige este reporte **sin importar la culpabilidad**. Los conductores también deben intercambiar el nombre y dirección de sus compañías aseguradoras y su número de póliza en la escena del accidente.

Usted deberá reportar los accidentes que no ocurran en una calle o carretera, ***excepto*** *cuando el accidente involucró únicamente a un vehículo o vehículos que no requieren de matrícula (como un vehículo usado fuera de la carretera o OHV que puede manejarse* legalmente en una calle o carretera, una herramienta de agricultura o un vehículo para la nieve) **o** si ocurrió en la propiedad del conductor, si involucró únicamente la propiedad del conductor del vehículo motorizado y no hubo lesión o muerte.

Usted deberá hacer un reporte en este formulario (SR-1) al DMV, **además** de cualquier otro reporte que se presente al departamento de policía, oficina del alguacil, compañía aseguradora o Patrulla de Carreteras de California. Sus reportes no son suficientes para este requisito de presentación. Su agente de seguros, abogado u otro representante designado, puede presentar el reporte por usted, pero no se exige legalmente que él lo haga. Puede utilizar un agregado al reporte SR-1 para añadir cualquier información adicional, incluyendo una copia de algún reporte de una dependencia de autoridades judiciales.

Según las leyes de California, todo conductor y todo propietario de un vehículo motorizado deberá hacerse "financieramente responsable" por cualquier lesión o daño que resulte del manejo o posesión de un vehículo motorizado. El mínimo de "responsabilidad financiera" es **la cobertura por responsabilidad pública y daño a la propiedad (PL/PD)** de US$15.000 por lesión o muerte de una persona, US$30.000 por lesión o muerte de dos o más personas y US$5.000 por daño a la propiedad por accidente. Es posible que los prestamistas requieran un seguro contra todo riesgo y choques ("**contra riesgos y choques**") si presta dinero para comprar un vehículo, pero el seguro contra riesgos y choques no cubre su daño o lesiones provocados a otros y **no cumple con los requisitos legales.**

La §1806 del Código de Vehículos de California (CVC) exige que el DMV registre la información de los accidentes, **sin importar la culpabilidad,** cuando las personas reportan los accidentes conforme a la Ley de Responsabilidad Financiera o las agencias de las autoridades judiciales investigan y hacen reportes.

¿HA . . .

- Marcado las casillas correctas al frente de este formulario?
- Escrito **desconocido** o **ninguno**, si no tiene información acerca de la otra parte involucrada?
- Proporcionado la información completa acerca del seguro y que identifica correctamente a la compañía que le emitió la póliza?

  Si el DMV **no puede identificar** al portador de seguros (por ejemplo, el DMV obtiene información incorrecta o incompleta, o el nombre de un agente o corredor y no el de la empresa que emitió la póliza), o si la compañía **niega cobertura** para este accidente, o si la compañía **no está autorizada** para hacer negocios en California, usted recibirá una orden de suspensión que entrará en vigencia después de 30 días. Por favor prevenga cualquier suspensión ahora, al proporcionar la información del seguro completa y precisa que el DMV pueda verificar que lo cubre por el accidente.
- Identificado en la sección de LESIONES Y/O MUERTES a cualquier persona involucrada en el accidente (conductor, pasajero, peatón, ciclista, etc.) **a quien usted vio estaba herida** o **se quejaba de lesión corporal?**
- Registrado en la sección de DAÑOS A OTRA PROPIEDAD cualquier daño de US$500.01 o mayor provocado a postes telefónicos, cercas, señales viales, puestos de seguridad, postes de protección de las estaciones de servicio, árboles, ganado, perros, etc.?
- Por favor complete y envíe por correo este reporte a:

DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES
FINANCIAL RESPONSIBILITY
MAIL STATION J237
P.O. BOX 942884
SACRAMENTO, CA 94284-0884

DECLARACIÓN CONSULTIVA

Se requiere de la información acerca de accidentes contenida en el formulario SR-1, según el fundamento legal de las Divisiones 6 y 7 del Código de Vehículos de California. Si no se proporciona la información, puede suspenderse el privilegio de manejar. Excepto si la información es confidencial conforme a las leyes (p.ej., información médica) o se exonera conforme a la Ley de Registros Públicos, será un registro público, que pordrán utilizar las agencias de las autoridades judiciales y compañías aseguradoras, y estará abierta a la inspección pública. La §16005 del CVC limita el registro público de los reportes de SR-1 a la implicación en accidentes, pero no permite que personas con intereses propios (conductores involucrados, sus empleadores, etc.) reciban información específica. Las personas pueden revisar u obtener copias de la información contenida en sus expedientes durante las horas hábiles regulares.

El Gerente de la Sección de Responsabilidad Financiera, 2570 24th Street, Sacramento, CA 95818 (teléfono: 916-657-6677) es el responsable de conservar esta información.

PARTE A

A SU VEHÍCULO **INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO DE CALIFORNIA**
Es posible que el Departamento envíe esta parte a la compañía aseguradora indicada. Si no está totalmente completo, se asumirá que usted no se encontraba asegurado para el accidente y su licencia será suspendida.

DMV FILE NUMBER

INSURANCE

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA (NO LA AGENCIA O AGENCIA CORREDORA) QUE EMITIÓ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL QUE CUBRE EL MANEJO DE SU VEHÍCULO						
NÚMERO DE PÓLIZA		PERÍODO DE LA PÓLIZA De: A:				
FECHA DEL ACCIDENTE		EN O CERCA DE LA (CIUDAD O PUEBLO) (ÚNICAMENTE EN CALIFORNIA)			NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR (CONDUCTOR DE SU VEHÍCULO)	
MARCA DE SU VEHÍCULO	MODELO	AÑO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO		NO. DE PLACA DEL VEHÍCULO	ESTADO CA
CONDUCTOR			DOMICILIO			
PROPIETARIO			DOMICILIO			
NOMBRE COMPLETO DEL POSEEDOR DE LA PÓLIZA			DOMICILIO			

DEBERÁ COMPLETARLO ***ÚNICAMENTE*** LA COMPAÑÍA O AGENTE ASEGURADOR

PART B

If the policy was not in effect, this form must be completed and returned to the Department within 20 days.

The undersigned company advises that with respect to the reported accident, the policy reported on the reverse side:

☐ **WAS NOT** IN EFFECT

☐ Was not a liability policy ☐ Did not cover the vehicle/driver ☐ Number is not a company policy number

Policy Number _____ Policy Period from _____ to _____

Signature _____

Title _____

Date _____

MAIL TO: Department of Motor Vehicles
Financial Responsibility
P. O. Box 942884
Sacramento, CA 94284-0884

SR 1W (NEW 9/2000) **WWW**