

REPORTE DE ACCIDENTE DE TRÁFICO OCURRIDO EN CALIFORNIA

SÓLO PARA USO DEL DMV

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO

SEGÚN SEA PERTINENTE, FAVOR DE ESCRIBIR A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE EN LAS CASILLAS

# DE VEHÍCULOS	FECHA DEL ACCIDENTE / /	LUGAR DEL ACCIDENTE-CIUDAD/CONDADO (SÓLO CALIFORNIA)		EN PROPIEDAD PRIVADA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
DATOS SOBRE LA PARTE QUE HACE EL REPORTE	HORA DEL ACCIDENTE Hora _____	<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(S))			NO. DE LICENCIA DE MANEJAR	ESTADO
	DOMICILIO DEL CONDUCTOR				FECHA DE NACIMIENTO / /
	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NÚMEROS TELEFÓNICOS Trabajo () Casa ()	
	VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)	NO. DE PLACAS O DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO		ESTADO	DAÑOS EN MÁS DE \$750 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	DUEÑO DEL VEHÍCULO (PERSONA O COMPAÑÍA)				FECHA DE NACIMIENTO / /
	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (NO EL 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)			
NOMBRE DEL CONDUCTOR (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO(S))			NO. DE LICENCIA DE MANEJAR	ESTADO	
DOMICILIO DEL CONDUCTOR				FECHA DE NACIMIENTO / /	
CIUDAD		ESTADO	ZONA POSTAL	NÚMEROS TELEFÓNICOS Trabajo () Casa ()	
VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)		NO. DE PLACAS O DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO		ESTADO	DAÑOS EN MÁS DE \$750 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DUEÑO DEL VEHÍCULO (PERSONA O COMPAÑÍA)				FECHA DE NACIMIENTO / /	
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (NO EL 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/MUERTE DAÑOS MATERIALES		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO LESIONADO O MUERTO		<input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Muerto	<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Peatón
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO LESIONADO O MUERTO		<input type="checkbox"/> Lesionado <input type="checkbox"/> Muerto	<input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Peatón	
	OTROS DAÑOS MATERIALES (POSTES DE TELÉFONO, CERCAS, GANADO, ETC.)				DAÑOS EN MÁS DE \$750 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD				

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

FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA X
--------------	---------------------------------	--------------------------

A SU VEHÍCULO**DATOS SOBRE SEGURO DE CALIFORNIA****NO DESPRENDER****DMV FILE NUMBER**Es posible que el departamento envíe esta parte a la **compañía de seguros** indicada. Si no se **completa en su totalidad**, se dará por hecho que usted **no tenía seguro** para el accidente y **suspenderemos su licencia**.**S
E
G
U
R
O**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (NO LA AGENCIA O INTERMEDIARIO) QUE EXPIDIÓ LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL QUE AMPARA EL MANEJO DE SU VEHÍCULO			
NÚMERO DE PÓLIZA		PERIODO DE LA PÓLIZA De: _____ A: _____	
FECHA DEL ACCIDENTE / /	EN O CERCA DE (CIUDAD O PUEBLO) (SÓLO CALIFORNIA)		
VEHÍCULO (AÑO Y MARCA)		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO	NÚMERO DE PLACAS DEL VEHÍCULO ESTADO
CONDUCTOR		DIRECCIÓN	
DUEÑO		DIRECCIÓN	
NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN	

SR 1A SPANISH (REV. 8/2009) ENGLISH (REV. 9/2008) WWW

.....

Si la póliza no estaba vigente, se tiene que llenar y devolver este formulario al departamento en un plazo de 20 días.

La compañía abajo suscrita nos 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 A:
 Department of Motor Vehicles
 Financial Responsibility
 P. O. Box 942884
 Sacramento, CA 94284-0884

SR 1A SPANISH (REV. 8/2009) ENGLISH (REV. 9/2008) WWW

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La ley de California exige que los *accidentes de tráfico* que ocurran en las calles o carreteras o propiedad privada de California se reporten al Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) en un plazo de 10 días si hubo lesiones o muerte, o daños materiales en exceso de \$750. El no hacer el reporte a tiempo podría resultar en que el DMV suspenda la licencia de manejar. No se tienen que reportar los accidentes que implican vehículos que *no se requiere que estén registrados*, como por ejemplo, vehículos que se usan fuera de las carreteras, (OHV), vehículos agrícolas o vehículos para la nieve o los accidentes que ocurran en una base militar o en la *misma* propiedad del conductor que impliquen propiedad que *solo* le pertenece al conductor y no hubo lesiones o muertes.

La ley exige que el conductor presente el formulario **SR-1** al DMV **sin importar quién tuvo la culpa**. Este reporte se deberá hacer además de cualquier otro reporte presentado a una agencia policíaca, compañía de seguros o la Patrulla de Caminos de California (CHP) ya que sus reportes **no** satisfacen el requisito de presentar el SR-1. Un agente de seguros, abogado u otro representante designado puede presentar el reporte por el conductor.

La ley de California exige que todo conductor y todo dueño de un vehículo motorizado sean “financieramente responsables” de cualquier lesión o daño que resulte de manejar o ser dueño de un vehículo motorizado. El nivel mínimo de seguro de “responsabilidad financiera” es **cobertura de responsabilidad civil y para 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 (en inglés, “**comprehensive & collision**”) **no cumple con el requisito legal**.

La Sección §1806 del *Código de Vehículos de California* (CVC) exige que el DMV registre información sobre accidentes, **sin importar quién tuvo la culpa**, cuando los individuos reportan accidentes según la Ley de Responsabilidad Financiera o si las agencias policíacas o la CHP investigan y hacen reportes.

AL LLENAR ESTE FORMULARIO...

Favor de escribir en letra de molde dentro de los espacios y casillas del formulario. Si necesita proporcionar información adicional en otra(s) hoja(s) de papel o si incluye una *copia* de cualquier reporte de las autoridades 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 de “Otro” y declarando “pasajero” en la explicación.

- Escriba **unk** (en inglés, “**unknown**” [desconocido]) o “**none**” (ninguno) si no tiene información sobre la otra parte implicada.
- Dé información completa sobre seguro y que identifique *correcta y totalmente* a la **compañía** que *expidió* la póliza.
- Ponga en las casillas correspondientes el número correcto de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) para su compañía de seguros. El número NAIC debe estar en su tarjeta de identificación de seguro o puede comunicarse con su agente o compañía de seguros para obtener el dato.
- Identifique a cualquier persona implicada en el accidente (conductor, pasajero, peatón, ciclista, etc.) a quien usted vio que estaba lesionada o que se quejaba de heridas corporales, o que haya muerto.
- Anote en la sección de DAÑOS A OTRA PROPIEDAD cualquier daño a postes de teléfono, cercas, letreros viales, postes de contención, árboles, ganado, perros, etc. que cumpla con el requisito para reportarse, incluida la cantidad. *Esto puede requerir que usted se comuniquen con el dueño de la propiedad para una estimación de los daños.*
- Una vez que termine de llenar 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 motoristas que no hacen el reporte o que no tienen seguro, a menos que alguien implicado en el accidente o su nombrado envíe el formulario SR-1 al DMV y éste reciba el reporte en *un plazo de un año de calendario a partir de la fecha del accidente*.

DECLARACIÓN CONSULTIVA

La información sobre el accidente en el SR-1 se exige conforme a la autoridad de las Divisiones 6 y 7 del *Código de Vehículos de California*. El no proporcionar la información resulta en la suspensión del privilegio de manejar. Excepto donde la ley lo haga confidencial (por ejemplo, la información médica) o esté exenta conforme a la Ley de Expedientes Públicos, la información es un expediente público, es usada con regularidad por las agencias policíacas y compañías de seguros y está abierta a la inspección pública. La Sección §16005 CVC limita los reportes públicos del SR-1 a únicamente las partes que tienen que ver con el accidente, pero permite que las personas con un interés debido (conductores implicados, sus empleadores, etc.) reciban la información especificada. Durante horarios regulares de oficina, los individuos pueden inspeccionar u obtener copias de la información contenida en sus expedientes. El Gerente de la Sección de Responsabilidad Financiera, 2570 24th Street, Sacramento, CA 95818 (número de teléfono: 916-657-6677) es responsable de mantener esta información.