



DEPARTMENT OF TRANSPORTATION  
DRIVER AND MOTOR VEHICLE SERVICES  
1905 LANA AVE NE, SALEM OREGON 97314

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA VEHÍCULOS DE MOTOR

## FORMULARIO DE RESPUESTA DE VERIFICACIÓN

### INSTRUCCIONES DE RESPUESTA:

Revise cuidadosamente las instrucciones para enviar este formulario al DMV.

- ¿Estaba el vehículo cubierto por un seguro de responsabilidad civil para vehículos de motor en la fecha en que se seleccionó el vehículo para la verificación del seguro?

**SI** - Complete la sección 1 y firme el formulario. El DMV enviará esta información a la aseguradora indicada. Si no se proporciona la información correcta de la póliza, el DMV enviará una notificación de suspensión.

**NO** - Complete la sección 1 con su nombre, número de cliente e información de contacto. Además, complete la Sección 2 o la Sección 3 y la Sección 4, y firme el formulario. Junto con este formulario completo, presente la documentación que respalde las razones por las que el vehículo no cumple con los requisitos del seguro de responsabilidad civil para vehículos de motor.

#### Sección 1

NOMBRE DEL CLIENTE (APELLIDO, 1er NOMBRE, 2do. NOMBRE)	No. de CLIENTE DEL DMV	No. de TELÉFONO DEL CLIENTE	No. DE PLACA DEL VEHÍCULO
--	------------------------	-----------------------------	---------------------------

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO (VIN)	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (NO AGENTE)	NÚMERO DE PÓLIZA
---	--	------------------

#### Sección 2

¿Se transfirió la propiedad y el interés financiero de este vehículo antes de la fecha en que se seleccionó el vehículo para la verificación del seguro?	FECHA VENDIDA	NOMBRE DEL COMPRADOR
--	---------------	----------------------

Sí\*

(\*Adjunte una copia legible de la factura de venta u otra documentación que demuestre la transferencia de la propiedad y rellene las casillas anteriores. Consulte OAR 735-050-0000 Determinación de Propiedad.)

¿Estaba el vehículo registrado en otro estado en la fecha en que se seleccionó el vehículo para la verificación del seguro?	FECHA	ESTADO
---	-------	--------

Sí (Adjunte una copia del título o registro de otro estado y rellene las casillas de arriba)

#### Sección 3

En la fecha de la selección, el vehículo seleccionado no estaba cubierto por un seguro de responsabilidad civil para vehículos de motor.

Utilice esta sección para explicar por qué el vehículo no estaba cubierto por el seguro de responsabilidad civil de automóvil.

Nota: El DMV suspenderá los privilegios de conducir o el derecho a solicitar privilegios de conducir bajo el ORS 806.220(1)(a) y 809.415(3)(a) de cualquier persona que no haga una presentación de responsabilidad futura al no proporcionar suficiente prueba de cumplimiento de los requisitos de responsabilidad financiera. Para detener la suspensión, deberá presentar una prueba de responsabilidad financiera futura (SR-22).

#### Sección 4

Según lo dispuesto por OAR 735-050-0080, el DMV puede no requerir un SR-22 si hay una buena razón para que el vehículo no tenga seguro en la fecha seleccionada. Envíe la solicitud para que el DMV no requiera un SR-22 y sus documentos de apoyo al Driver Transactions Unit del DMV.

- No calificué como propietario de este vehículo (Consultar [OAR 735-050-0000](#))
- Yo, de buena fe, creía que el vehículo estaba asegurado (Consultar [OAR 735-050-0060](#))
- Había una razón suficiente por la que el vehículo no estaba cubierto (Consultar [OAR 735-050-0080](#))

La presentación de una solicitud de exención no da lugar a la concesión automática de la exención. Debe ponerse en contacto con Driver Transactions Unit del DMV al 503-945-5033 para saber si su solicitud ha sido aprobada.

#### Sección 5

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

FIRMA <b>X</b>	FECHA
-------------------	-------

#### SOLO PARA USO DEL DMV

Response provided under Section 3 and Section 4 requires creation of an OLIVR VOI Case.  
Attach this form and supporting documentation to the Items Sub-tab in the case.

DATE STAMP:

TSR INITIALS: \_\_\_\_\_

Enviar a: DMV Headquarters Driver Transactions Unit  
Mail to: 1905 Lana Ave NE  
Salem OR 97314

FAX: 503-945-7981  
Email: [DMVInsurance@odot.oregon.gov](mailto:DMVInsurance@odot.oregon.gov)