

民事起诉状

(机动车交通事故责任纠纷)

说明:

为了方便您更好地参加诉讼,保护您的合法权利,请填写本表。

1. 起诉时需向人民法院提交证明您身份的材料,如身份证复印件、营业执照复印件等。

2. 本表所列内容是您提起诉讼以及人民法院查明案件事实所需,请务必如实填写。

3. 本表有些内容可能与您的案件无关,您认为与案件无关的项目可以填“无”或不填;对于本表中勾选项可以在对应项打“√”;您认为另有重要内容需要列明的,可以在本表尾部或者另附页填写。

★特别提示★

《中华人民共和国民事诉讼法》第十三条第一款规定:“民事诉讼应当遵循诚信原则。”

如果诉讼参加人违反上述规定,进行虚假诉讼、恶意诉讼,人民法院将视违法情形依法追究
责任。

当事人信息

原告(自然人)	姓名: 性别: 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期: 年 月 日 民族: 工作单位: 职务: 联系电话: 住所地(户籍所在地): 经常居住地:
原告(法人、非法人组织)	名称: 住所地(主要办事机构所在地): 注册地/登记地: 法定代表人/主要负责人: 职务: 联系电话: 统一社会信用代码: 类型: 有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> (控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/>) 民营 <input type="checkbox"/>
委托诉讼代理人	有 <input type="checkbox"/> 姓名: 单位: 职务: 联系电话: 代理权限: 一般授权 <input type="checkbox"/> 特别授权 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
送达地址(所填信息除书面特别声明更改外,适用于案件一审、二审、再审所有后续程序)及收件人、电话	地址: 收件人: 电话:

是否接受电子送达	是 <input type="checkbox"/> 方式：短信_____ 微信 _____ 传真_____ 邮箱_____ 其他 _____ 否 <input type="checkbox"/>
被告(保险公司或其他法人、非法人组织)	名称： 住所地(主要办事机构所在地)： 注册地/登记地： 法定代表人/主要负责人： 职务 联系电话： 统一社会信用代码： 类型：有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> (控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/>) 民营 <input type="checkbox"/>
被告(自然人)	姓名： 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期： 年 月 日 民族： 工作单位： 职务： 联系电话： 住所地(户籍所在地)： 经常居住地：
第三人(法人、非法人组织)	名称： 住所地(主要办事机构所在地)； 注册地/登记地： 法定代表人/主要负责人： 职务： 联系电话： 统一社会信用代码： 类型：有限责任公司 <input type="checkbox"/> 股份有限公司 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 其他企业法人 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 社会团体 <input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 社会服务机构 <input type="checkbox"/> 机关法人 <input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人 <input type="checkbox"/> 城镇农村的合作经济组织法人 <input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人 <input type="checkbox"/> 个人独资企业 <input type="checkbox"/> 合伙企业 <input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构 <input type="checkbox"/> 国有 <input type="checkbox"/> (控股 <input type="checkbox"/> 参股 <input type="checkbox"/>) 民营 <input type="checkbox"/>
第三人(自然人)	姓名 性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 出生日期： 年 月 日 民族： 工作单位： 职务： 联系电话 住所地(户籍所在地) 经常居住地：
诉讼请求和依据	
1. 医疗费	年 月 日至 年 月 日期间在 医院住院(门诊)治疗，累计发生医疗费 元 医疗费发票、医疗费清单、病例资料：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>

2. 护理费	住院护理 天支付护理费 元(或护理人员发生误工费 元),或遵医嘱 短期护理发生护理费 元 住院证明、医嘱等: 有口 无口
3. 营养费	营养费 元 病例资料: 有口 无口
4. 住院伙食补助费	住院伙食补助费 元 病例资料: 有口 无口
5. 误工费	年 月 日至 年 月 日误工费 元
6. 交通费	交通费 元 交通费凭证: 有口 无口
7. 残疾赔偿金	残疾赔偿金 元
8. 残疾辅助器具费	残疾辅助器具费 元
9. 死亡赔偿金、丧葬费	死亡赔偿金 元, 丧葬费 元
10. 精神损害赔偿金	精神损害赔偿金 元
11. 其他费用	主张 费用
事实和理由	
1. 交通事故发生情况	
2. 交通事故责任认定	
3. 机动车投保情况	
4. 其他情况及法律依据	
5. 证据清单(可另附页)	

具状人(签字、盖章):

日期: