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□ 女□出生日期： 年 月 日民族：证件类型： 证件号码：工作单位： 职务： 联系电话：住所地（户籍所在地）：经常居住地：证件号码： |
| 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□ 股份有限公司□ 上市公司□ 其他企业法人□事业单位□ 社会团体□ 基金会□ 社会服务机构□ 机关法人□ 农村集体经济组织法人□ 城镇农村的合作经济组织法人□ 基层群众性自治组织法人□ 个人独资企业□ 合伙企业□ 不具有法人资格的专业服务机构□ 国有□ （控股□参股□）民营□  |
| 委托诉讼代理人 | 有□姓名：单位： 职务： 联系电话：代理权限：一般授权□ 特别授权□ 无□ |
| 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□ 方式：短信 微信 传真 邮箱  其他 否□ |
| 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□ 股份有限公司□ 上市公司□ 其他企业法人□事业单位□ 社会团体□ 基金会□ 社会服务机构□ 机关法人□ 农村集体经济组织法人□ 城镇农村的合作经济组织法人□ 基层群众性自治组织法人□ 个人独资企业□ 合伙企业□ 不具有法人资格的专业服务机构□ 国有□ （控股□参股□）民营□  |
| 被告（自然人） | 姓名：性别：男□ 女□出生日期： 年 月 日民族：证件类型： 证件号码：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□股份有限公司□上市公司□其他企业法人□事业单位□社会团体□基金会□社会服务机构□机关法人□农村集体经济组织法人□ 城镇农村的合作经济组织法人□基层群众性自治组织法人□个人独资企业□合伙企业□不具有法人资格的专业服务机构□国有□ （控股□参股□）民营□ |
| 第三人（自然人） | 姓名：性别：男□ 女□出生日期： 年 月 日民族：证件类型： 证件号码：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□ 无□ |
| 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□ 无□ |
| 3.营养费 | 营养费 元病例资料：有□ 无□ |
| 4.住院伙食补助费 | 住院伙食补助费 元病例资料：有□ 无□ |
| 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□ 无□ |
| 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 元 |
| **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：