**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 民族：工作单位： | 月 日职务： | 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□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：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：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 短期护理发生护理费 元 住院证明、医嘱等：有□ | 元(或护理人员发生误工费 元),或遵医嘱无□ |
| 3.营养费 | 营养费 元病例资料：有□ 无□ |
| 4.住院伙食补助费 | 住院伙食补助费病例资料：有□ | 元无□ |
| 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 |
| **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：**