**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：男口女□ 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：有限责任公司口股份有限公司口上市公司口其他企业法人口 事业单位口社会团体□基金会□社会服务机构□  机关法人口农村集体经济组织法人口 城镇农村的合作经济组织法 人口基层群众性自治组织法人口  个人独资企业口合伙企业□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□  无口 | | |
| 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  否口 |
| 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□其他企业法人口 事业单位□社会团体□基金会□社会服务机构□  机关法人口农村集体经济组织法人口 城镇农村的合作经济组织法人口基  层群众性自治组织法人口  个人独资企业口合伙企业□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：男口女□  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：有限责任公司口股份有限公司口上市公司口其他企业法人口 事业单位口社会团体□基金会□社会服务机构□  机关法人口农村集体经济组织法人口城镇农村的合作经济组织法人口基层群 众性自治组织法人口  个人独资企业口合伙企业口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：男口女口  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□ 无口 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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：有口 | | 元(或护理人员发生误工费 元),或遵医嘱  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  病例资料：有口 | 元  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 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：**

**实例**

**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：张三(以下据实填写)  性别：男口女口  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：有限责任公司口股份有限公司口上市公司□其他企业法人□ 事业单位口社会团体□基金会□社会服务机构□  机关法人口农村集体经济组织法人口 城镇农村的合作经济组织法 人口基层群众性自治组织法人口  个人独资企业口合伙企业□不具有法人资格的专业服务机构□ 国有□ (控股口参股口)民营□ | |
| 委托诉讼代理人 | 有☑  姓名：  单位： 职务： 联系电话：  代理权限： 一般授权口 特别授权□  无口 | |
| 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 口 方 式 ： 短 信 \_ 微信 \_传真\_ 邮 箱 其 他  否口 |
| 被告(保险公司或其他法人、非  法人组织) | 名称：某保险公司(以下据实填写)  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：有限责任公司口股份有限公司□上市公司□其他企业法人口  事业单位口社会团体□基金会□社会服务机构□  机关法人口农村集体经济组织法人口 城镇农村的合作经济组织法人口基 层群众性自治组织法人口  个人独资企业口合伙企业口不具有法人资格的专业服务机构□ 国有□ (控股口参股口)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：有限责任公司口股份有限公司口上市公司口其他企业法人口 事业单位口社会团体口基金会□社会服务机构□  机关法人口农村集体经济组织法人口城镇农村的合作经济组织法人口基层群 众性自治组织法人口  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□ (控股口参股口)民营□ |
| 第三人(自然人) | 姓名：  性别：男口女□  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5万元(以下据实填  写 ) | 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：有口 | | 元(或护理人员发生误工费 元),或遵医嘱  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 病例资料：有□ | 元  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 元 | | |
| **事实和理由** | | | |
| 1.交通事故发生情况 | ××年××月××日××时××分在××(事故发生地点),被告驾驶的车 牌号为××的车辆与原告(或驾驶车牌号为××车辆)发生交通事故，导致 原告受伤(或车辆、财物受损) | | |
| 2.交通事故责任认定 | 本次事故经××警察大队出具××号道路交通事故认定书，认定在本次事故 中原告负××责任、被告负××责任 | | |
| 3.机动车投保情况 | 被告驾驶车牌号为××的车辆在被告××保险公司投保保险，其中，交强险 ××元，期限自××年××月××日起至××年××月××日止；第三者责 任险××元，期限自××年××月××日起至××年××月××日止。 | | |
| 4.其他情况及法律依据 | 原告经济损失如上，被告是否涉嫌刑事犯罪，是否被采取强制措施或羁押地  点，是否采取保全措施等。 | | |
| 5.证据清单(可另附页) |  | | |

**具状人(签字、盖章):**

***日期：***