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：  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□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： |

— 89 —

|  |  |
| --- | --- |
| 是否接受电子送达 | 是□ 方式:短信 \_\_\_\_\_\_微信 \_\_\_\_\_传真 \_\_\_\_\_\_ 邮箱 \_\_\_  广东法院诉讼服务网注册用的身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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□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□ |

— 90 —

|  |  |
| --- | --- |
| 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：