

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，保护您的合法权益，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：

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 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: