民事起诉状

（责任保险合同纠纷）

|  |
| --- |
| **说明：**为了方便您参加诉讼，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，可以另附页填写。4.本表word电子版填写时，相关栏目可复制粘贴或扩容，但不得改变要素内容、格式设置。例如，多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况，可根据实际情况复制粘贴；需填写文字较多时，可根据实际对栏目进行扩容等。★特别提示★诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。如果诉讼参加人违反有关规定，虚假诉讼、恶意诉讼、滥用诉权，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： 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：证件类型：证件号码： |
| 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🞎 |
| 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🞎所有制性质：国有🞎（控股🞎 / 参股🞎) 民营🞎 其他🞎\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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🞎 |
| 被告（自然人） | 姓名：性别：男🞎 女🞎出生日期： 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：证件类型：证件号码： |
| 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🞎 |
| 被告（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🞎所有制性质：国有🞎（控股🞎 / 参股🞎) 民营🞎 其他🞎\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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🞎 |
| 第三人（自然人） | 姓名：性别：男🞎 女🞎出生日期： 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：证件类型：证件号码： |
| 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🞎 |
| 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🞎所有制性质：国有🞎（控股🞎 / 参股🞎) 民营🞎 其他🞎\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 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🞎 |
| 诉讼请求 |
| （可完整表述诉讼请求；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写） |
| 1.理赔款 | 支付理赔款 元（人民币，下同：如外币需特别注明）费用明细：（1）因事故导致的人身损害赔偿项目，包括：🞎医疗费 元 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🞎🞎护理费 元住院护理 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🞎🞎营养费 元病例资料：有🞎 无🞎🞎住院伙食补助费 元病例资料：有🞎 无🞎🞎误工费 元从事 工作，收入状况 ，误工时间自 年 月 日计至 年 月 日，共计 天，误工费 元🞎交通费 元交通费凭证：有🞎 无🞎🞎伤残鉴定费 元经鉴定，构成伤残 级，鉴定费 元🞎残疾辅助器具费 元🞎其他 元（2）因事故导致的非人身相关的财产损失，包括： |
| 2.是否主张实现债权的费用 | 是🞎 费用明细：否🞎 |
| 3.是否主张诉讼费用 | 是🞎否🞎 |
| 4.其他请求 |  |
| 5.标的总额 |  |
| 约定管辖和诉前保全 |
| 1.有无仲裁、法院管辖约定 | 有🞎 合同条款及内容：无🞎 |
| 2.是否已经诉前保全 | 是🞎 保全法院： 保全时间：保全案号：否🞎（如申请诉讼保全，请另行提交诉讼保全申请及相关材料） |
| 事实与理由 |
| （可完整表述纠纷涉及的事实与理由；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写） |
| 1.财产保险合同的签订情况（合同名称、主体、签订时间、地点、事故发生时，被保险人与保险标的的关系等） |  |
| 2.责任保险合同的主要约定 | 承保险种：🞎雇主责任险 🞎机动车第三方责任险 🞎车上人员责任险🞎物流责任险 🞎其他保险责任：保险金额：保费金额：保险期间：免赔额或者免赔率：违约事由及违约责任：特别约定：与争议相关的保险责任条款：与争议相关的免责条款：其他： |
| 3.是否依法就责任保险合同中与投保人有重大利害关系的条款进行提示、说明 | 是🞎否🞎 事实与理由： |
| 4.保险事故发生的情况（事故发生时间及经过等；交通事故应当写明事故发生的时间和地点、双方车辆的车牌号、事故原因、人员伤亡或车辆财物受损情况、道路交通事故认定书的出具部门与编号、各方责任认定情况等） |  |
| 5.具体损失项目及其数额（附计算方式及理由） |  |
| 6.责任保险合同的履行情况 |  |
| 7.请求承担责任的依据 | 合同约定：法律规定： |
| 8.其他需要说明的内容（可另附页） |  |
| 9.证据清单（可另附页） |  |
| 对纠纷解决方式的意愿 |
| 是否了解调解作为非诉讼纠纷解决方式，能及时、高效、低成本、不伤和气地解决纠纷 | 了解🞎 不了解🞎 |
| 是否了解先行调解解决纠纷的好处 | 1.立案后选择先行调解的，可以很快启动调解程序。如不同意调解，法院将依程序开庭审理案件，但可能需要经过较长一段时间的排期等待，且审理、执行周期相对较长。了解🞎 不了解🞎2.选择先行调解，调解成功且自动履行的免交诉讼费用，申请司法确认的不交纳诉讼费用，要求出具调解书的减半交纳诉讼费用。了解🞎 不了解🞎3.首次调解不成功，但仍有继续调解意愿的，可以选择更换调解组织和调解员再进行调解。调解无法达成一致意见的，法院将依程序排期开庭。了解🞎 不了解🞎4.依照法律规定，调解具有保密性要求，调解过程不公开，调解协议未经当事人同意不得公开。了解🞎 不了解🞎5.调解达成的协议具有法律效力，可以依照法律规定申请司法确认，具有强制执行效力。了解🞎 不了解🞎 |
| 是否考虑先行调解 | 是🞎否🞎暂不确定，想要了解更多内容🞎 |

具状人（签字、盖章）：

 日期：

**{pic\_qmPath}**