**民事起诉状**

|  |
| --- |
| 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. 本表所涉内容有些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：王XX性别：男□ 女☑出生日期：xxxx年x月x日 民族：汉族工作单位：xx省xx市xx县xx镇 职务：xxx 联系电话：xxxxxxxxxxx住所地（户籍所在地）：xx省xx市xx县xx镇经常居住地：xx省xx市xx县xx镇证件类型：身份证证件号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 原告（法人、非法人组织） | 名称：xxxxxx公司住所地（主要办事机构所在地）：xx省xx市xx县xx镇 注册地/登记地：xx省xx市xx县xx镇 法定代表人/主要负责人：张xx职务：xx 联系电话：xxxxxxxxxxx统一社会信用代码：xxxxxxxxxxxxxxxx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：李xx单位：xxxxxx律师事务所职务：律师 联系电话：xxxxxxxxxxx代理权限：一般代理□ 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：xx省xx市xx县xx镇 收件人：王xx电话：xxxxxxxxxxx |
| 是否接受电子送达 | 是☑方式：短信 xxxxxxxxxxx 微信  传真 邮箱  其他 否□ |
| 被告（自然人） | 姓名：赵xx性别：男☑ 女□出生日期：xxxx年x月x日 民族：汉族工作单位：xx省xx市xx县xx镇 职务：xx 联系电话：xxxxxxxxxxx住所地（户籍所在地）：xx省xx市xx县xx镇经常居住地：xx省xx市xx县xx镇证件类型：身份证证件号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 被告（法人、非法人组织） | 名称：xxxxxx公司住所地（主要办事机构所在地）：xx省xx市xx县xx镇注册地/登记地：xx省xx市xx县xx镇法定代表人/主要负责人：xx职务：xx 联系电话：xxxxxxxxxxx统一社会信用代码：xxxxxxxxxxxxxxxx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：周xx性别：男☑ 女□出生日期：xxxx年x月x日 民族：汉族工作单位：xx省xx市xx县xx镇 职务：xx 联系电话：xxxxxxxxxxx住所地（户籍所在地）：xx省xx市xx县xx镇经常居住地：xx省xx市xx县xx镇证件类型：身份证证件号码：xxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 第三人（法人、非法人组织） | 名称：xxxxxx公司住所地（主要办事机构所在地）：xx省xx市xx县xx镇注册地/登记地：xx省xx市xx县xx镇法定代表人/主要负责人：xx职务： xx 联系电话：xxxxxxxxxxx统一社会信用代码：xxxxxxxxxxxxxxxx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□ |
| **诉讼请求和依据（机动车交通事故责任纠纷）** |
| 1.医疗费5万元（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、病历资料：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 元病历资料：有□无□ |
| 4.住院伙食补助费 | 住院伙食补助费 元病历资料：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 | xxxx年xx月xx日xx时xx分在xxx（事故发生地点），被告驾驶车牌号为xxx的车辆与原告发生交通事故，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xxx警察大队出具xxxx号道路交通事故认定书，认定在本次事故中原告负xx责任，被告负xx责任 |
| 3.机动车投保情况 | 被告驾驶车牌号为xx的车辆在被告xx保险公司投保保险，其中，交强险xxx元，期限自xxxx年xx月xx日起至xxxx年xx月xx日止；第三者责任险xxx元，期限自xxxx年xx月xx日起至xxxx年xx月xx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：**