

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: 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: 证件类型: 证件号码:
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/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：____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：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____
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/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 _____
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：_____ 证件类型：_____ 证件号码：_____

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/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_____
诉讼请求 (主张人身损害赔偿,填写第1项至第10项;主张赔偿财产损失,填写第11项; 第12项至第13项为共同项)	
(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. 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(含被扶养人生活费)	残疾赔偿金 元;被扶养人生活费 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. 精神损害抚慰金	精神损害抚慰金 元

11. 财产损失	车辆损失： 停运损失： 其他损失：
12. 其他费用	(诉讼费、鉴定费等)
13. 标的总额	
诉前保全及鉴定申请	
1. 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)
2. 是否申请鉴定	是 ☐ 鉴定事项： 否 ☐
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. 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. 请求依据	
5. 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 ☐

是否了解先行调解解决纠纷的好处	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：

民事答辩状

（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. 应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. 本表所列内容是您参加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。

案号		案由	
当事人信息			
答辩人 (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： 证件类型： 证件号码：		
答辩人 (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 / 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_____		

是否了解先行调解解决纠纷的好处	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 ☐

答辩人（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。

当事人信息	
原告 (自然人)	姓名：荆 × × 性别：男 ☒ 女 ☐ 出生日期：19 × × 年 × 月 × 日 民族：汉族 工作单位：无 职务：无 联系电话：× × × × × × × × × × 住所地(户籍所在地)：山东省齐河县 × × × 镇 × × 村 × × × 号 经常居住地：同上 证件类型：身份证 证件号码：× × × × × × × × × × × × × × × ×
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/负责人： 职务： 联系电话： 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 _____

被告 (法人、非法人组织)	名称: ×××× 保险股份有限公司济南中心支公司 住所地(主要办事机构所在地): 山东省济南市××区××路××号 ××××大厦×座×××室 注册地/登记地: 同上 法定代表人/负责人: 高×× 职务: 总经理 联系电话: 0531-×××××××× 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_____
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: 证件类型: 证件号码:
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/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_____
诉讼请求	
判决被告支付医疗费、护理费、营养费、住院伙食补助费、误工费、交通费、残疾赔偿金、精神损害抚慰金、后续治疗费、鉴定费等共计 393155.55 元	
1. 医疗费	2023 年 1 月 9 日至 2023 年 4 月 13 日期间在 ×× 县人民医院、山东大学 ×× 医院、山东省立 ×× 医院、山东中医药大学 ×× 医院住院(门诊) 治疗, 累计发生医疗费 167034.15 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 120 天（两人护理 39 天、一人护理 81 天） 支付护理费 21367 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，待伤残鉴定结论明确后确定 住院证明、医嘱等：有 ☒ 无 ☐
3. 营养费	营养费 4500 元，待伤残鉴定结论明确后确定 病历资料：有 ☐ 无 ☒
4. 住院伙食补助费	住院伙食补助费 3900 元 病历资料：有 ☒ 无 ☐
5. 误工费	2023 年 1 月 9 日至 2023 年 8 月 24 日误工费 30150 元，待伤残鉴定结论明 确后确定
6. 交通费	交通费 1211.5 元 交通费凭证：有 ☒ 无 ☐
7. 残疾赔偿金（含被扶 养人生活费）	残疾赔偿金 139992.9 元（残疾赔偿金 117720 元、被扶养人生活费 22272.9 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. 精神损害抚慰金	精神损害抚慰金 5000 元
11. 财产损失	车辆损失： 停运损失： 其他损失：
12. 其他费用	后续治疗费、鉴定费费用 20000 元，待伤残鉴定结论明确后确定；诉讼费 由被告负担。
13. 标的总额（全部诉 讼请求金额的总和）	暂计 393155.55 元
诉前保全及鉴定申请	
1. 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）
2. 是否申请鉴定	是 ☒ 鉴定事项：对伤残等级、误工期限、护理期限及人数、营养期限及 后续治疗费进行鉴定 否 ☐
事实与理由	
荆 × × 因与肇事车辆发生交通事故受伤，相关责任主体应当依法赔偿其损失。	
1. 交通事故发生情况	2023 年 1 月 9 日 19 时 18 分在齐河县 × × 路 × × × 镇 × × 路段，被告驾 驶的车牌号为鲁 A × × × × × 的车辆与原告发生交通事故，导致原告受伤。

2. 交通事故责任认定	本次事故经齐河县公安局交通警察大队出具第 371425×××××××××× ××× 号道路交通事故认定书, 认定在本次事故中原告无责任、被告负全 部责任。
3. 机动车投保情况	被告驾驶车牌号为鲁 A××××× 的车辆在被告 ×× 财产保险有限责任公 司济南分公司投保, 交强险 20 万元, 期限自 2022 年 3 月 1 日起至 2023 年 3 月 1 日止; 在 ×××× 保险股份有限公司济南中心支公司投保第三者责 任险 100 万元, 期限自 2022 年 3 月 1 日起至 2023 年 3 月 1 日止。
4. 请求依据	无
5. 证据清单 (可另附页)	1. 医疗费凭证、病历资料一宗; 2. 交通费凭证 5 张; 3. 交通事故责任认定 书; 4. 鉴定意见。
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): 荆 × ×
日期: × × 年 × × 月 × × 日

实例

民事答辩状

(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. 应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. 本表所列内容是您参加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，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。

案号	(2023)鲁××××民初×××号	案由	机动车交通事故责任纠纷
当事人信息			
答辩人 (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:		
答辩人 (法人、非法人组织)	名称:××财产保险有限责任公司济南分公司 住所地(主要办事机构所在地):济南市××区×××街××号××××广场×号楼 注册地/登记地:同上 法定代表人/负责人:石× 职务:总经理 联系电话:0531-×××××××× 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：张 × × 单位：× × 财产保险有限责任公司济南分公司 职务：员工 联系电话：× × × × × × × × × × 代理权限：一般授权 ☒ 特别授权 ☐ _____ 无 ☐
答辩事项 (对案件事实和原告诉请的确认或者异议)	
同意在保险责任范围内承担赔偿责任，相关费用应予以扣除。	
1. 对交通事故事实有无异议	无 ☒ 有 ☐ 异议内容：
2. 对交通事故责任认定有无异议	无 ☒ 有 ☐ 异议内容：
3. 对各项费用有无异议	无 ☐ 有 ☒ 异议内容：同意在保险责任范围内承担赔偿责任。事故发生后我公司垫付医疗费 18000 元，请予以扣除。诉讼费、鉴定费等间接损失不属于交强险责任范围，我公司不予承担。
4. 对鉴定意见有无异议	无 ☒ 有 ☐ 异议内容：
5. 对原告诉讼请求有无异议	无 ☐ 有 ☒ 异议内容：垫付医疗费 18000 元应予以扣除，诉讼费、鉴定费不应承担。
6. 车辆投保情况	鲁 A × × × × 车辆在我公司投保了交强险，保险期间为 × × × × 年 × × 月 × × 日 × × 时 × × 分至 × × × × 年 × × 月 × × 日 × × 时 × × 分
7. 证据清单（可另附页）	无
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 ☐

是否了解先行调解解决纠纷的好处	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 ☐

答辩人（签字、盖章）：石 × × × 财产保险有限责任公司济南分公司
 日期：× × 年 × × 月 × × 日