

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 and 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：