民事起诉状

（责任保险合同纠纷）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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： 统一社会信用代码：  类型：有限责任公司□ 其他企业法人□ 社会服务机构□ | 职务： 联系电话：  股份有限公司□ 上市公司□  事业单位□ 社会团体□ 基金会□  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： 统一社会信用代码：  类型：有限责任公司□ 其他企业法人□ 社会服务机构□ | 职务： 联系电话：  股份有限公司□ 上市公司□  事业单位□ 社会团体□ 基金会□  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： | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第三人  （法人、非法人组织） | 类型：有限责任公司□ 其他企业法人□ 社会服务机构□ | 股份有限公司□ 上市公司□  事业单位□ 社会团体□ 基金会□  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 | | |
| （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、病历资料：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  病历资料：有□ 无□  □住院伙食补助费 元 病历资料：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 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. 责任保险合同的签订 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 □机动车第三者责任险 □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

实例

民事起诉状

（责任保险合同纠纷）

|  |  |
| --- | --- |
| 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： ×× 公司  住所地（主要办事机构所在地）： ×× 省 ×× 市 ×× 区 ×× 路  注册地 / 登记地： ×× 省 ×× 市 ×× 区 ×× 路 法定代表人 / 负责人：孙 ×× 职务：总经理 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R |
| 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： ×× 保险股份有限公司  住所地（主要办事机构所在地）： ×× 省 ×× 市 ×× 区 ×× 路 注册地 / 登记地： ×× 省 ×× 市 ×× 区 ×× 路  法定代表人 / 负责人：徐 ×× 职务：总经理  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R 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： 统一社会信用代码：  类型：有限责任公司□ 其他企业法人□ 社会服务机构□ | 职务： 联系电话：  股份有限公司□ 上市公司□  事业单位□ 社会团体□ 基金会□  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 | | |
| （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 97，090.92元（人民币，下同）； 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、病历资料：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  病历资料：有□ 无□  □住院伙食补助费 元 病历资料：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 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R | |
| 3. 是否主张诉讼费用 | 是R 否□ | |
| 4. 其他请求 |  | |
| 5. 标的总额 | 97，090.92 元 | |
| 约定管辖和诉前保全 | | |
| 1. 有无仲裁、法院管辖 约定 | 有R 合同条款及内容：第 12 条，发生纠纷诉至人民法院解决。  无□ | |
| 2. 是否已经诉前保全 | 是□ 保全法院： 保全时间：  保全案号： 否R  （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 | | |
| 原告雇佣李 ×× 提供配送劳务事宜。2021 年 8 月 15 日 9 时 41 分许，李 ×× 在工作期间砸伤案外 人孙 ×× 腿部，致其受伤。经法院主持调解，原告向李 ×× 支付其向孙 ×× 垫付的部分赔偿款共 计 80，557 元。原告为雇员李 ×× 向被告投保雇主责任险，投保人、被保险人均为原告。被告向原 告出具《拒赔通知书》，载明：经核实不属于保险责任赔偿范围，因此其不能给予赔付。 | | |
| 1. 责任保险合同的签订 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） | 原告为雇员李 ×× 向被告投保雇主责任险，投保人、被保险人均为原告。 | |
| 2. 责任保险合同的主要 约定 | 承保险种：R 雇主责任险 □机动车第三者责任险 □车上人员责任险  □物流责任险 □其他 保险责任：含个人第三者责任险 保险金额：400000 元  保费金额： × 元  保险期间：2021 年 8 月 15 日零时起至 2021 年 8 月 15 日二十四时止  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R 事实与理由：对于《雇主责任保险单》第 14 条，保险人未作出足以 引起投保人注意的提示。 | |
| 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） | 原告与李 ×× 签订《配送劳务合同》，约定原告雇佣李 ×× 提供配送劳务 事宜。2021 年 8 月 15 日 9 时 41 分许，李 ×× 在工作期间配送外卖过程 中将电瓶车停放，后电瓶车因未停稳自行滑走倒下，砸伤案外人孙 ×× 腿 部，致其受伤。 | |
| 5. 具体损失项目及其数 额（附计算方式及理由） | 经法院主持调解，原告与李 ×× 达成调解协议：原告向李 ×× 支付其向 孙 ×× 垫付的部分赔偿款共计 80，557 元。2023 年 6 月 5 日，某某公司向 李 ×× 转账支付 80，577 元，回单用途载明交通事故赔偿款。 | |
| 6. 责任保险合同的履行 情况 | ×× 保险公司向原告出具《拒赔通知书》，载明：经核实不属于保险责任赔 偿范围，因此其不能给予赔付。 | |
| 7. 请求承担责任的依据 | 合同约定：《雇主责任保险单》第 8 条  法律规定：《中华人民共和国保险法》第十四条等 | |
| 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□ | |
| 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□ | |

具状人（签字、盖章）： ×× 公司

日期： ×× 年 ×× 月 × 日