民事起诉状

（人身保险合同纠纷）

|  |  |
| --- | --- |
| 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： |
| 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 / 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： 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. 保险金 | 支付保险金 元（人民币，下同；如外币需特别注明）  费用明细：  □生存保险金 元 □重大疾病保险金 元  □身故保险金 元 □医疗费保险金 元  □伤残保险金 元 □红利、收益元 □其他 元  其中，保险金以实际发生的人身损害为计算依据，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  年 月 日至 年 月 日误工费 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. 保单现金价值 | 元  返还情形：□合同解除 □拒赔 □其他 |
| 3. 保险费 | 元 |
| 4. 是否主张实现债权的 费用 | 是□ 费用明细：  否□ |
| 5. 是否主张诉讼费用 | 是□ 否□ |
| 6. 其他请求 |  |
| 7. 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. 人身保险合同的签订 情况（合同名称、主 体、签订时间、地点、 保险合同订立时投保人 与被保险人的关系等） |  |
| 2. 人身保险合同的主要 约定 | 承保险种： 投保人：  被保险人： 投保人与被保险人的关系：  受益人： 受益人与被保险人的关系：  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. 是否依法就人身保险 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；意外事故导致受伤 或死亡的，写明出警情 况，公安机关对于意外 死亡的证明情况） |  |
| 5. 具体损失项目及其数 额（附计算方式及理由） |  |
| 6. 人身保险合同的履行 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

实例

民事起诉状

（人身保险合同纠纷）

|  |  |
| --- | --- |
| 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：何 ××  性别：男□ 女R  出生日期：19×× 年 ×× 月 ×× 日 民族： × 族  工作单位： ×× 公司 职务：职员  联系电话： ×××××××××××  住所地（户籍所在地）： ×× 市 ×× 区 ×× 街 ×× 号  经常居住地： ×× 市 ×× 区 ×× 街 ×× 号  证件类型： 身份证  证件号码： ×××××××××××××××××× |
| 委托诉讼代理人 | 有R  姓名： 贾 ××  单位：北京 ×× 律师事务所 职务：律师  联系电话： ×××××××××××  代理权限：一般授权R 特别授权□ 无□ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被告  （法人、非法人组织） | 名称： ×× 人寿保险股份有限公司  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：刘 ×× 职务：董事长 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 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. 保险金 | 支付保险金 400000 元（人民币，下同） | | |
| 费用明细：  □生存保险金  □身故保险金  □伤残保险金 | 元 元 元 | R 重大疾病保险金 400000 元  □医疗费保险金 元  □红利、收益 元 |
| □其他 元  其中， 保险金以实际发生的人身损害为计算依据，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  年 月 日至 年 月 日误工费 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. 保单现金价值 | 元  返还情形：□合同解除 □拒赔 □其他 | | |
| 3. 保险费 | 元 | | |
| 4. 是否主张实现债权的 费用 | 是R 费用明细：律师费 20000 元。  否□ | | |
| 5. 是否主张诉讼费用 | 是□ 否□ | | |
| 6. 其他请求 | 无 | | |
| 7. 标的总额 | 402000 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 | |
| 原告之夫向被告投保 ×× 重疾轻症保险。并在保险期间内诊断为淋巴瘤。后于 2018 年 7 月 9 日病 故。被告以本次理赔申请不符合约定的保险金给付条件为由拒赔。 | |
| 1. 人身保险合同的签订 情况（合同名称、主 体、签订时间、地点、 保险合同订立时投保人 与被保险人的关系等） | 原告之夫郝 ×× 向某保险公司投保，某保险公司予以承保并向其出具 《电子保险单》：记载的生成时间为 2018 年 1 月 22 日零时，生效日期为 2018 年 1 月 23 日零时；保险产品名称为 ×× 重疾轻症保险，保险合同号 882×××××××××××98。 |
| 2. 人身保险合同的主要 约定 | 承保险种： ××2 号重大疾病保险 C 款  投保人：郝 ××  被保险人：郝 ×× 投保人与被保险人的关系：  受益人：未指定 受益人与被保险人的关系：  保险责任：重大疾病保险金  保险金额： × 元  保费金额： × 元  保险期间： ×× 年 ×× 月 ×× 日至 ×× 年 ×× 月 ×× 日止  免赔额或者免赔率： ×% 违约事由及违约责任：  特别约定：等待期为 90 天，等待期内患本合同约定的重大疾病，保险人不 承担给付保险金的责任，在等待期后发生本合同约定的保险事故，保险人 按照合同约定给付重大疾病保险金。  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. 是否依法就人身保险 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《电子保险单》保险条款 2.4、7.5，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；意外事故导致受伤 或死亡的，写明出警情 况，公安机关对于意外 死亡的证明情况） | 2018 年 4 月 10 日，郝 ×× 进行了血常规检查及腮腺及下颌彩超，医院诊 断：“1. 腮 腺 炎？ 颈 部 淋 巴 结 炎 ”；2018 年 4 月 17 日、18 日、19 日， 郝 ×× 进行超声检查等，其中超声提示：腹腔多发肿大淋巴结、腹腔积液。 2018 年 4 月 22 日，郝 ×× 前往 ×× 大学北京 ×× 医院血液科就诊，医 院建议患者尽快自行去肿瘤医院取活检。2018 年 4 月 25 日至 5 月 8 日，郝 ×× 在 ×× 大学北京 ×× 医院感染微生物科住院治疗，出院主要诊断为 血管免疫母细胞 T 细胞淋巴瘤。2018 年 5 月 15 日至 2018 年 6 月 22 日，郝 ×× 在 ×× 大学国际医院住院治疗，出院诊断为： 1. 非霍奇金淋巴瘤 IV 期、外周 T 细胞淋巴瘤等。2018 年 7 月 9 日，郝 ×× 病故。 |
| 5. 具体损失项目及其数 额（附计算方式及理由） | 重大疾病保险金：400000 元。理由：郝 ×× 患“非霍奇金淋巴瘤”系合 同中约定的“重大疾病”之“恶性肿瘤”，根据合同约定的重大疾病保险金 额，应当赔付 400000 元。 |
| 6. 人身保险合同的履行 情况 | 2018 年 7 月 26 日，何 ×× 向 ×× 保险公司提交理赔申请。2018 年 9 月 12 日，×× 保险公司以本次理赔申请不符合约定的保险金给付条件为由拒赔。 |
| 7. 请求承担责任的依据 | 合同约定：《电子保险单》第 3 条、第 10 条  法律规定：《中华人民共和国保险法》第十四条、第十七条、第十九条等 |
| 8. 其他需要说明的内容 （可另附页） |  |
| 9. 证据清单（可另附页） | 后附证据清单 |
| 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）： 何 ×× 日期： ×× 年 ×× 月 ×× 日