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： 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： 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  （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 追究责任。 | | | | | |
| 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： 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□ | | | |
| 答辩事项  （对案件事实和原告诉请的确认或者异议） | | | | | |
| （可完整表述答辩事项；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. 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： | | | |
| 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： | | | |
| 6. 车辆投保情况 | |  | | | |
| 7. 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□ | | | |

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：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：  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：潘 ××  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）： 山东省济南市 ×× 区 ×× 街道办事处 ×× 庄 ××× 号  经常居住地： 同上  证件类型： 身份证  证件号码： ×××××××××××××××××× | |
| 被告  （自然人） | 姓名：卢 ××  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）： 山东省济南市 ×× 区 ×× 路 ×× 号  经常居住地： 同上  证件类型： 身份证  证件号码： ×××××××××××××××××× | |
| 被告  （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）： 山东省济南市 ×× 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 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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： 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 | | |
| 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）： 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 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。 | | | | |
| 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