

# 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 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 特别授权 <input type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">被告 (法人、非法人组织)</p>	<p>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<input type="checkbox"/> 股份有限公司<input type="checkbox"/> 市公司<input type="checkbox"/>  其他企业法人<input type="checkbox"/> 事业单位<input type="checkbox"/> 社会团体<input type="checkbox"/> 基金会<input type="checkbox"/>  社会服务机构<input type="checkbox"/> 机关法人<input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人<input type="checkbox"/>  城镇农村的合作经济组织法人<input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人<input type="checkbox"/>  个人独资企业<input type="checkbox"/> 合伙企业<input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构<input type="checkbox"/>  所有制性质: 国有<input type="checkbox"/> (控股<input type="checkbox"/> 参股<input type="checkbox"/> 民营<input type="checkbox"/> 其他_____</p>
<p style="text-align: center;">第三人 (自然人)</p>	<p>姓名:  性别: 男<input type="checkbox"/> 女<input type="checkbox"/>  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:</p>
<p style="text-align: center;">第三人 (法人、非法人组织)</p>	<p>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  : 股份有限公司<input type="checkbox"/> 上市公司<input type="checkbox"/>  类型: 有限责任公司<input type="checkbox"/> 事业单位<input type="checkbox"/> 社会团体<input type="checkbox"/> 基金会<input type="checkbox"/>  其他企业法人<input type="checkbox"/> 机关法人<input type="checkbox"/> 农村集体经济组织法人<input type="checkbox"/>  社会服务机构<input type="checkbox"/>  城镇农村的合作经济组织法人<input type="checkbox"/> 基层群众性自治组织法人<input type="checkbox"/>  个人独资企业<input type="checkbox"/> 合伙企业<input type="checkbox"/> 不具有法人资格的专业服务机构<input type="checkbox"/>  所有制性质: 国有<input type="checkbox"/> (控股<input type="checkbox"/> 参股<input type="checkbox"/> 民营<input type="checkbox"/> 其他_____</p>
<p><b>诉讼请求</b></p>	
<p>(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)</p>	

1. 保险金	<p>支付保险金 400000 元 (人民币, 下同)</p> <p>费用明细:</p> <p><input type="checkbox"/>生存保险金                   元    <input checked="" type="checkbox"/>重大疾病保险金 400000 元</p> <p><input type="checkbox"/>身故保险金                   元    <input type="checkbox"/>医疗费保险金                   元</p> <p><input type="checkbox"/>伤残保险金                   元    <input type="checkbox"/>红利、收益                   元</p> <p><input type="checkbox"/>其他                   元</p> <p>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:</p> <p><input type="checkbox"/>医疗费                   元</p> <p>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</p> <p>医疗费发票、医疗费清单、病历资料: 有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>护理费                   元</p> <p>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</p> <p>住院证明、医嘱等: 有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>营养费                   元</p> <p>病历资料: 有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>住院伙食补助费    元 病历资料: 有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>误工费                   元</p> <p>年    月    日至    年    月    日误工费                   元</p> <p><input type="checkbox"/>交通费                   元</p> <p>交通费凭证: 有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>伤残鉴定费    元</p> <p>经鉴定, 构成伤残    级, 鉴定费                   元;</p> <p><input type="checkbox"/>残疾辅助器具费    元 <input type="checkbox"/>其他                   元</p>
2. 保单现金价值	<p>元</p> <p>返还情形: <input type="checkbox"/>合同解除   <input type="checkbox"/>拒赔   <input type="checkbox"/>其他</p>
3. 保险费	元
4. 是否主张实现债权的费用	是 <input checked="" type="checkbox"/> 费用明细: 律师费 20000 元。 否 <input type="checkbox"/>
5. 是否主张诉讼费用	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6. 其他请求	无
7. 标的总额	402000 元



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
<b>对纠纷解决方式的意愿</b>	
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 <input type="checkbox"/> 不了解 <input type="checkbox"/>
是否了解先行调解解决纠纷的好处	<p>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<input type="checkbox"/> 不了解<input type="checkbox"/></p> <p>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<input type="checkbox"/> 不了解<input type="checkbox"/></p> <p>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<input type="checkbox"/> 不了解<input type="checkbox"/></p> <p>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<input type="checkbox"/> 不了解<input type="checkbox"/></p> <p>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<input type="checkbox"/> 不了解<input type="checkbox"/></p>

是否考虑先行调解	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 暂不确定, 想要了解更多内容 <input type="checkbox"/>
----------	---

具状人 (签字、盖章) : 何 ××

日期: ××年 ××月 ××日

