





<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>
<h3>诉讼请求</h3>	
<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>	
<p>1. 理赔款</p>	<p>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:  <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 营养费                      元  病历资料: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 住院伙食补助费  元 病历资料: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 交通费                      元  交通费凭证: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 伤残鉴定费  元  经鉴定, 构成伤残    级, 鉴定费                      元;  <input type="checkbox"/> 残疾辅助器具费</p>

元 □其他 元

(2) 因事故导致的非人身相关的财产损失, 包括:



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 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 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）	
<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	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 <input type="checkbox"/> 不了解 <input type="checkbox"/> 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>是否了解先行调解解决纠纷的好处</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>
<p>是否考虑先行调解</p>	<p>是<input type="checkbox"/></p> <p>否<input type="checkbox"/></p> <p>暂不确定，想要了解更多内容<input type="checkbox"/></p>

具状人 (签字、盖章) : ××公司  
日期: ××年 ××月 ××日

