

<AGENT NAME>  
<AGENCY NAME>  
<AGENCY MAILING ADDRESS 1 AGENCY MAILING ADDRESS 2>  
<AGENCY CITY, STATE ZIP>



P.O. BOX 17219  
JACKSONVILLE, FL 32245-7219  
www.citizensfla.com

**Date of Notice:** <DATE>

**<FIRST NAMED INSURED>**

<INSURED NAME>  
<INSURED MAILING ADDRESS LINE 1>  
<INSURED MAILING ADDRESS LINE 2>  
<INSURED MAILING CITY STATE ZIP>

**Fecha de vencimiento:** <FECHA DE VENCIMIENTO>  
**Número de póliza:** <NÚMERO DE PÓLIZA>  
**Asegurado designado:**  
<Asegurado designado>  
<DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD>  
<CÓDIGO POSTAL DE LA CIUDAD DE LA PROPIEDAD>

## NOTIFICACIÓN DE ASUNCIÓN Y NO RENOVACIÓN

**Lea esta información detenidamente. Esta será la única notificación que recibirá.**

**ESTA NOTIFICACIÓN Y EL CERTIFICADO DE ASUNCIÓN QUE SE ADJUNTA INCLUYEN INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LOS CAMBIOS QUE AFECTAN A SU PÓLIZA DE <TIPO DE PÓLIZA> DE CITIZENS.**

Citizens le ha notificado recientemente que una o varias compañías de seguros del mercado privado pretenden retirar su póliza de Citizens y asumir la cobertura de la propiedad que se indica más arriba.

El <FECHA DE ASUNCIÓN> a las 12:01 a.m., <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> asumió la responsabilidad de su póliza de seguro de propiedad de <TIPO DE PÓLIZA>, previamente emitida por Citizens. La asunción de su póliza por parte de <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> es parte de un programa autorizado por la Legislatura de Florida para ayudar a los asegurados de Citizens a encontrar cobertura en el mercado privado y reducir el número de propiedades aseguradas por Citizens.

Su póliza se considera ahora emitida directamente por <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> y permanecerá en vigencia hasta la fecha de vencimiento de la póliza Citizens indicada anteriormente. Cualquier póliza de reemplazo será emitida directamente por <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN>. Su póliza de Citizens no se renovará en la fecha de vencimiento indicada anteriormente.

### Reportar reclamos

- Para reportar reclamos que ocurran **a partir de** las 12:01 a.m., del <FECHA DE ASUNCIÓN>, comuníquese con <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> al <TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN>.
- Para reportar reclamos que ocurran **antes** de las 12:01 a.m., del <FECHA DE ASUNCIÓN>, comuníquese con Citizens al 866.411.2742, las 24 horas del día, los siete días de la semana, o comuníquese con su agente.

### Servicios de póliza de Citizens hasta el <FECHA DE RENOVACIÓN>

Su agente continuará atendiendo su póliza de seguro con <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN>. Para los servicios de póliza, incluyendo cambios de cobertura o solicitudes de cancelación, o para preguntas relacionadas con esta notificación, comuníquese con su agente de Citizens, <NOMBRE DEL AGENTE>, al <NÚMERO DE TELÉFONO DEL AGENTE>.

cc: <Nombre del agente>  
<Número de teléfono del agente>

Copia del <PRIMER ASEGURADO DESIGNADO>

NOANR CL – 10 11 23

INSERT TAKEOUT COMPANY LOGO

**Date of Notice:** <date>

**Policy Number:** <number>

**First Named Insured:**

**Expiration Date:** <date>

**Named Insured:**

<NAMED INSURED>

<PROPERTY ADDRESS>

<INSURED NAME>

<INSURED MAILING ADDRESS LINE 1>

<INSURED MAILING ADDRESS LINE 2>

<INSURED MAILING CITY STATE ZIP>

### **CERTIFICADO DE ASUNCIÓN**

**ASUNCIÓN:** <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> y Citizens Property Insurance Corporation (Citizens) han celebrado un acuerdo en virtud del cual <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> ha asumido la plena responsabilidad de las obligaciones de Citizens en virtud de determinadas pólizas de seguro emitidas por Citizens.

**OBLIGACIONES:** <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> es directamente responsable de todas las pérdidas cubiertas por su póliza de <TIPO DE PÓLIZA>, a partir de las ocurrencias de eventos de reclamo que comienzan el <FECHA DE ASUNCIÓN> a las 12:01 a.m. y que continúan hasta la fecha de expiración de su póliza que figura más arriba.

Para reclamos que ocurran antes de las 12:01 a.m., el <FECHA DE ASUNCIÓN>, comuníquese con su agente de Citizens al número de teléfono que aparece a continuación.

Para reclamos que ocurran a partir de las 12:01 a.m., el <FECHA DE ASUNCIÓN>, comuníquese con <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> al <TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN>.

**SERVICIO:** Su agente de Citizens continuará prestando servicios en su póliza de <TIPO DE PÓLIZA> hasta la fecha de vencimiento, excepto para los servicios de reclamos. Cualquier pregunta sobre la cobertura de la póliza o asuntos relacionados con endosos, cambios o cancelaciones de la póliza seguirán siendo gestionados por su agente de Citizens.

En <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> esperamos poder ofrecerle cobertura de seguro en el futuro.

**EN PRUEBA DE CONFORMIDAD,** <COMPAÑÍA DE DESPOBLACIÓN> ha procedido a firmar el presente Certificado de asunción con fecha de entrada en vigor el <FECHA DE ASUNCIÓN> a las 12:01 a.m.

**INSERT TAKEOUT COMPANY SIGNATURE BLOCK**

cc: <Agent name>  
<Agent address>  
<Agent phone number>

Copia del <PRIMER ASEGURADO DESIGNADO>

**CERTIFICATE OF ASSUMPTION 10 11 23**