

AGT

Arbeitsgemeinschaft Testamentsvollstreckung
und Vermögenssorge e.V.
z. Hd. Geschäftsführung
Lievelingsweg 125

53119 Bonn

**Erstantrag
auf Verleihung der Bezeichnung
„Zertifizierter Testamentsvollstrecker (AGT)“**

Persönliche Daten	
Nachname:	Titel:
Vorname(n):	
Berufsbezeichnung:	
Geschäftsadresse	
Firma:	
Straße:	
Postleitzahl:	Ort:
Bundesland:	
Kommunikationsdaten	
Telefon:	Telefax:
Mobiltelefon:	Email:
Webseite:	

Nachweis der theoretischen Kenntnisse

Name des Lehrgangsveranstalters:

Jahr der Lehrgangsteilnahme:

Beigefügte Nachweise:

AGT I

10 Zeitstunden Allgemeines Erbrecht sowie bestandene Klausur (Text mit Lösung im Original)

oder

Kopie der Zulassung/Ernennung als Rechtsanwalt, Justitiar, Richter oder Notar

AGT II

12,5 Zeitstunden Allgemeine Testamentvollstreckung sowie bestandene Klausur (Text mit Lösung im Original)

oder

Kopie der Urkunde über die Befugnis zur Führung der Bezeichnung „Fachanwalt für Erbrecht“ oder die bestandene Klausur zum Thema Testamentvollstreckung aus dem Fachanwaltslehrgang (Text mit Lösung)

AGT III

12,5 Zeitstunden Testamentvollstreckung in besonderen Fällen sowie bestandene Klausur (Text mit Lösung)

Sonstige Anlagen

fakultativ, z. B. zur Begründung eines Ausnahmefalls nach Ziffer 2 (5) der Zertifizierungsrichtlinien der AGT (bitte ggf. auf gesondertem Blatt begründen)

Nachweis der praktischen Fertigkeiten

Ich gehöre einer der nachfolgenden Berufsgruppen an. Eine Kopie des Zulassungs-/ Ernennungsnachweises ist beigelegt:

Rechtsanwalt	Justitiar	Richter
Notar	Rechtsbeistand	vereidigter Buchprüfer
Steuerberater	Wirtschaftsprüfer	Certified Estate Planner

Ich gehöre keiner dieser Berufsgruppen an und weise daher drei erfolgreich durchgeführte Testamentsvollstreckungen nach (bitte separates Blatt benutzen).

Versicherungsnachweis

Ich unterhalte eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung, die für den Bereich der Testamentsvollstreckung eine Mindestdeckungssumme von 100.000,00 EUR pro Schadenfall umfasst.

Eine Kopie des Versicherungsscheins habe ich beigelegt

oder

Die Daten der Versicherung lauten:

Name der Versicherungsgesellschaft:
Anschrift:
Versicherungsschein-Nr.:

Zertifizierungsgebühr

Die für die Erstzertifizierung anfallende Gebühr in Höhe von 350,00 EUR habe ich auf

Konto-Nr.: 0728 220
Inhaber: AGT e.V.
Bank: Deutsche Bank AG Bonn
BLZ: 380 700 24
Verwendungszweck: Erstzertifizierungsgebühr

überwiesen.

Zusätzliche Angaben

Welche weiteren Angaben zu Ihrer Person wünschen Sie in die Testamentsvollstreckerdatei aufgenommen zu erhalten?

Fachanwalt für
Erbrecht

Steuerrecht

Familienrecht

Sonstige Fachanwaltsbezeichnung:

Erbenermittler

Gutachter für:

Sonstige besondere Kenntnisse und Fähigkeiten (bitte ggf. gesondertes Blatt benutzen):

Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit, Einhaltung der Zertifizierungsrichtlinien, Weitergabe von Daten

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Mir ist bekannt, dass die Rezertifizierung für drei Jahre Gültigkeit hat. Anschließend kann erneut eine Rezertifizierung beantragt werden. Die hierfür erforderliche Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung erkenne ich an. Die Fortbildungsnachweise werde ich zusammen mit dem Rezertifizierungsantrag unaufgefordert und zeitnah zum Verlängerungszeitpunkt bei der AGT einreichen.

Die Zertifizierungsrichtlinien der AGT sind mir bekannt. Ich werde sie bei meiner Tätigkeit beachten. Ich werde einen etwaigen Wegfall der zur Zertifizierung führenden Voraussetzungen, insbesondere einen Wegfall der Versicherung oder der Zugehörigkeit zu der von mir angegebenen Berufsgruppe umgehend der AGT mitteilen und die Bezeichnung in einem solchen Fall nicht mehr weiter führen. Anfragen der AGT zum Fortbestand der Zertifizierungsvoraussetzungen werde ich kurzfristig und vollständig unter Beifügung von aussagekräftigen Belegen beantworten.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir in diesem Bogen gemachten Angaben nicht nur für interne Zwecke der AGT genutzt werden dürfen, sondern im Rahmen der Aufgabenerfüllung der AGT auch an dritte Personen weitergegeben werden dürfen.

....., den

(Ort)

(Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)