



AGT

Arbeitsgemeinschaft Testamentsvollstreckung
und Vermögenssorge e.V.

z. Hd. Geschäftsführung

Lieselingsweg 125

53119 Bonn

Antrag
auf Aufnahme in die Testamentsvollstreckerliste der AGT
für Fachberater Testamentsvollstreckung und Nachlassverwaltung (DStV)

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: _____

Beigefügter Nachweis

- Bei Erstantrag: Urkunde des Deutschen Steuerberaterverbandes e.V. (DStV)
oder
 bei erneutem Antrag: Nachweis der Erfüllung der kalenderjährlichen Pflichtfortbildung (gem. §5 der DStV-Fachberaterrichtlinien) mittels einer Kopie des letzten Anerkennungsschreibens (E-Mail) durch den DStV e.V.

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 beigefügt bzw. liegt bereits vor.
oder
 Die Daten der Versicherung lauten:

Name der Versicherungsgesellschaft:
Anschrift:
Versicherungsschein-Nr.:

Aufnahmegebühr

Die für die Aufnahme in die Testamentsvollstreckerliste anfallende Gebühr in Höhe von **175,00 EUR** habe ich auf

IBAN: DE71 3807 0024 0072 8220 00
BIC (SWIFT): DEUTDEDB380
Inhaber: AGT e.V.
Bank: Deutsche Bank AG Bonn
Verwendungszweck: Name, Aufnahmegebühr Testamentsvollstreckerliste

überwiesen.

Zusätzliche Angaben

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

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Steuerberater | <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt | <input type="checkbox"/> vereidigter Buchprüfer |
| <input type="checkbox"/> Wirtschaftsprüfer | <input type="checkbox"/> Dipl. Finanzwirt | <input type="checkbox"/> Dipl. Betriebswirt |
| <input type="checkbox"/> Dipl. Kaufmann | <input type="checkbox"/> Dipl. Volkswirt | <input type="checkbox"/> Certified Estate Planner |
| <input type="checkbox"/> Rechtsbeistand | <input type="checkbox"/> Erbenermittler | <input type="checkbox"/> Gutachter für:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Fachberaterbezeichnung: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit, Weitergabe von Daten

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

Mir ist bekannt, dass die Aufnahme für drei Jahre Gültigkeit hat. Anschließend kann erneut eine Aufnahme beantragt werden. Die Aufnahmevoraussetzungen werde ich unaufgefordert und zeitnah zum Verlängerungszeitpunkt bei der AGT nachweisen.

Ich werde einen etwaigen Wegfall der zur Aufnahme führenden Voraussetzungen, insbesondere einen Wegfall der Versicherung oder der Zugehörigkeit zu der von mir angegebenen Berufsgruppe / Fachberatergruppe umgehend der AGT mitteilen. Anfragen der AGT zum Fortbestand der Aufnahmevoraussetzungen 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)