



AGT

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

53119 Bonn

Erstantrag auf Verleihung der Bezeichnung „[Zertifizierter] Testamentsvollstrecker (AGT)“ sowie Aufnahme in die Testamentsvollstreckerliste der AGT

Persönliche Daten*

Nachname: _____ Titel: _____

Vorname(n): _____

Berufsbezeichnung: _____

Geschäftsadresse*

Firma: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Bundesland: _____

Kommunikationsdaten*

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Webseite: _____

* zur Veröffentlichung unter www.testamentsvollstreckerliste.de bestimmt.

Nachweis der theoretischen Kenntnisse

Name des Lehrgangsveranstalters:

Jahr der Lehrgangsteilnahme:

Beigefügte Nachweise:

AGT I

10 Zeitstunden Allgemeines Erbrecht sowie bestandene 90-minütige Klausur
(Text mit Lösung im Original)

oder

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

AGT II

12,5 Zeitstunden Allgemeine Testamentsvollstreckung sowie bestandene 90-min.
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 Testamentsvollstreckung aus dem
Fachanwaltslehrgang (Text mit Lösung im Original)

AGT III

12,5 Zeitstunden Testamentsvollstreckung in besonderen Fällen sowie bestandene
90-minütige Klausur (Text mit Lösung im Original)

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 seit mindestens zwei Jahren einer der nachfolgenden Berufsgruppen an.
Eine Kopie des Zulassungs-/ Ernennungsnachweises ist beigelegt:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt | <input type="checkbox"/> Justitiar | <input type="checkbox"/> Richter |
| <input type="checkbox"/> Notar | <input type="checkbox"/> Rechtsbeistand | <input type="checkbox"/> vereidigter Buchprüfer |
| <input type="checkbox"/> Steuerberater | <input type="checkbox"/> Wirtschaftsprüfer | <input type="checkbox"/> 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

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

überwiesen.

Zusätzliche Angaben

Welche weiteren Angaben zu Ihrer Person wünschen Sie in die Testamentsvollstreckerdatei aufgenommen sowie in der Testamentsvollstreckerliste der AGT veröffentlicht?

- 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 Zertifizierung 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. (s. Infos unter www.agt-ev.de)

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.

Die Voraussetzungen der Führung der Bezeichnung „**zertifiziert**“ im Rechtsverkehr gem. der Entscheidung des BGH vom 09.06.2011 [I ZR 113/10] sind mir bekannt. Diese sind einsehbar in der Entscheidungsdatenbank des Bundesgerichtshofs, veröffentlicht in NJW 2012, 235-237 sowie kommentiert unter www.agt-ev.de/zertifizierung/.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir in diesem Bogen gemachten Angaben nicht nur für interne Zwecke der AGT genutzt, sondern im Rahmen der Aufgabenerfüllung der AGT auch an Dritte weitergegeben sowie unter **www.testamentsvollstreckerliste.de** veröffentlicht werden dürfen.

....., den,
(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)