



AGT

Arbeitsgemeinschaft Testamentsvollstreckung
und Vermögenssorge e.V.
z. Hd. Geschäftsführung
Celsiusstraße 43

53125 Bonn

Antrag auf Rezertifizierung als „Zertifizierter Testamentsvollstrecker (AGT)“ und Verlängerung der Eintragung 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 Fortbildungsverpflichtungen mit Schwerpunkt im Testamentsvollstreckungsrecht

Datum der Erstzertifizierung: _____

Nachweis als Teilnehmer von Vortragsveranstaltungen – mind. 15 Stunden

(Die Fortbildung muss sich auf die Testamentsvollstreckung beziehen,
eine ausschließlich allgemeine Fortbildung im Erbrecht genügt nicht, s. unter www.agt-ev.de)

Lehrgang I

Lehrgangsveranstalter: _____

Datum der Lehrgangsteilnahme: _____

Gesamtdauer des Lehrgangs (Zeitstunden): _____

(Kopie der Lehrgangsteilnahme und das Lehrgangsprogramm zur Prüfung bitte mit einreichen)

Lehrgang II

Lehrgangsveranstalter: _____

Datum der Lehrgangsteilnahme: _____

Gesamtdauer des Lehrgangs (Zeitstunden): _____

(Kopie der Lehrgangsteilnahme und das Lehrgangsprogramm zur Prüfung bitte mit einreichen)

Lehrgang III

Lehrgangsveranstalter: _____

Datum der Lehrgangsteilnahme: _____

Gesamtdauer der Lehrgangs (Zeitstunden): _____

(Kopie der Lehrgangsteilnahme und das Lehrgangsprogramm zur Prüfung bitte mit einreichen)

Nachweis durch Fachveröffentlichungen / eigene Vortragsveranstaltungen

(Zum Nachweis bitte Quelle der Veröffentlichung bzw. das Vortragsprogramm auf separatem Blatt einreichen)

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

☐ Die Daten der Versicherung lauten:

Name der Versicherungsgesellschaft:

Anschrift:

Versicherungsschein-Nr.:

Rezertifizierungsgebühr

Die für die Rezertifizierung 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, Rezertifizierungsgebühr

überwiesen.

**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.

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 sowie veröffentlicht in NJW 2012, 235-237 oder unter www.agt-ev.de nachzulesen.

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)