



AGT

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

53125 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 oder Kopie des Lehrgangszertifikats)

oder

☐ Kopie der Zulassung/Ernennung als Rechtsanwalt, Richter, Notar oder
sonstiger Berufsträger mit zwei juristischen Staatsexamen

AGT II

☐ 12,5 Zeitstunden Allgemeine Testamentsvollstreckung sowie bestandene 90-min.
Klausur (Text mit Lösung oder Kopie des Lehrgangszertifikats)

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)

AGT III

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

Sonstige Anlagen

☐ fakultativ, z. B. zur Begründung eines Ausnahmefalls nach Ziffer 2 (5) der
Zertifizierungsrichtlinien der AGT

Nachweis der praktischen Fertigkeiten

Ich gehöre seit mindestens zwei Jahren einer der nachfolgenden Berufsgruppen¹ an.
Eine Kopie des Zulassungs-/ Ernennungsnachweises ist beigelegt:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Rechtsanwalt | ☐ Richter | ☐ Notar |
| ☐ sonstiger Berufsträger mit zwei juristischen Staatsexamen | | |
| ☐ Steuerberater | ☐ Wirtschaftsprüfer | ☐ vereidigter Buchprüfer |
| ☐ Rechtspfleger, mit mind. zweijähriger Berufserfahrung in Nachlassangelegenheiten | | |
| ☐ Ich gehöre keiner dieser Berufsgruppen an und weise daher mindestens drei erfolgreich und eigenverantwortlich durchgeführte Testamentsvollstreckungen nach. | | |

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:	Name, 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 den 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 weiterführen. 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, sondern im Rahmen der Aufgabenerfüllung der AGT auch an Dritte weitergegeben sowie unter **www.testamentsvollstreckerliste.de** veröffentlicht werden dürfen.

¹Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Text das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

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

.....
(Unterschrift des Antragstellers)