

An das Amtsgericht _____
- Nachlassabteilung -

_____, den _____

Antrag auf besondere amtliche Verwahrung eines Testaments

Ich/Wir bitte(n) **um einen Termin zur Abgabe** meines/unseres eigenhändigen Testaments und beantrage/n, dieses in die amtliche Verwahrung zu nehmen.

Ich/Wir bin/sind telefonisch erreichbar unter: _____

(Zur Terminvereinbarung mit dem Nachlassgericht ist die Angabe einer Telefonnummer zwingend erforderlich!)

Daten zur Verwahrung:

Verwahrt werden soll*

- ☐ Das offene Schriftstück vom _____
- ☐ Der mit folgender Aufschrift versehene Umschlag: _____

Es handelt sich dabei um*

- ☐ **mein** eigenhändig errichtetes handschriftliches Testament.
- ☐ **unser** eigenhändig errichtetes handschriftliches Testament.

Ein früheres Testament*

- ☐ ist nicht in Verwahrung genommen worden.
- ☐ ist bereits in die Verwahrung des Amtsgerichts _____ gegeben worden.
- ☐ Dessen Rücknahme ist beabsichtigt. Mit dem betreffenden Gericht setze ich mich/setzen wir uns selbst in Verbindung.
- ☐ Dessen Rücknahme ist nicht beabsichtigt.

* Pflichtfeld bzw. Pflichtangabe

Angaben zu den Testierenden:

1. Testierende/r

Familienname*: _____

Vorname*: _____

Geburtsname*: _____

PLZ, Wohnort*: _____

Straße Hausnummer*: _____

Staatsangehörigkeit*: _____

Geburtsdatum*: _____

Geburtsort*: _____

*(Zur eindeutigen Identifizierung Ihrer Person ist die Angabe Ihres Geburtsstandesamtes und der Geburtenregisternummer erforderlich. **Ihre Geburtsurkunde ist zusätzlich in Kopie beizufügen.**)*

Geburtsstandesamt*: _____

Geburtenregisternummer*: _____

2. Testierende/r (bei gemeinschaftlichem handschriftlichen Testament)

Familienname*: _____

Vorname*: _____

Geburtsname*: _____

PLZ, Wohnort*: _____

Straße Hausnummer*: _____

Staatsangehörigkeit*: _____

Geburtsdatum*: _____

Geburtsort*: _____

*(Zur eindeutigen Identifizierung Ihrer Person ist die Angabe Ihres Geburtsstandesamtes und der Geburtenregisternummer erforderlich. **Ihre Geburtsurkunde ist zusätzlich in Kopie beizufügen.**)*

Geburtsstandesamt*: _____

Geburtenregisternummer*: _____

Unterschrift 1. Testierend/r

Unterschrift 2. Testierende/r

* Pflichtfeld bzw. Pflichtangabe