

MARSH S.p.A

**QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER AMMINISTRATORI, SINDACI
E DIRIGENTI**

QUESTIONNAIRE FOR DIRECTORS AND OFFICERS LIABILITY INSURANCE

**IL SEGUENTE QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE SI RIFERISCE AD UN POLIZZA OPERANTE
PER LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE PER LA PRIMA VOLTA CONTRO GLI
ASSICURATI DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE (CLAIMS MADE)**

*THIS IS A QUESTIONNAIRE FOR A POLICY RELATING TO CLAIMS MADE AGAINST THE INSURED PARTY
DURING THE CURRENT THE POLICY PERIOD*

SOCIETA' PROPONENTE:

INFORMATION CONCERNING THE COMPANY:

A. RAGIONE SOCIALE - SEDE LEGALE E INDIRIZZO INTERNET

COMPANY NAME/ ADDRESS AND INTERNET ADDRESS

Consip S.p.A. a socio unico

Sede Legale: Via Isonzo 19 D-19E - 00198 Roma

T +39 06 85449.1 - F +39 06 85449 281 - www.consip.it

C.F. e P.IVA 05359681003

Iscr.Reg.Imp.c/o C.I.I.A. Roma 05359681003 Iscr.R.E.A. N.878407

CAPITALE SOCIALE *(company's capital)*

NOMINALE*(registered)* Euro 5.200.000,00

VERSATO *(paid up)* Euro 5.200.000,00

Il capitale sociale è di Euro 5.200.000,00 (cinquemilioniduecentomila) interamente versato, rappresentato da n. 5.2 milioni di azioni ordinarie del valore nominale di Euro 1 (uno) ciascuna. Le azioni sono nominative e sono rappresentate da titoli azionari.

B. LA SOCIETA' PROPONENTE HA CAMBIATO RAGIONE SOCIALE NEGLI ULTIMI 5 ANNI?

HAS THE COMPANY CHANGED NAME DURING THE PAST 5 YEARS?

☐

SI

X NO

SE SI', INDICARE LA PRECEDENTE DENOMINAZIONE

IF YES, SPECIFY PRIOR NAME:

C. DATA DI FONDAZIONE

DATE FOUNDED

Atto costitutivo 11.08.1997 - Rep. 7993 - Racc. 4146 -Notaio Matilde Atlante di Roma;

Omologa Tribunale di Roma 22.08.1997; Iscrizione nel Registro delle imprese di Roma, sezione ordinaria, il 08.09.1997

D. ATTIVITA'

NATURE OF BUSINESS

Consip è una Società per Azioni al servizio dello Stato che fornisce consulenza, assistenza e soluzioni informatiche per l'innovazione nella Pubblica Amministrazione. E' il Ministero dell'Economia e delle Finanze, azionista unico, a definirne compiti e funzioni.

I compiti affidati a Consip riguardano principalmente:

- le attività informatiche della Pubblica Amministrazione, anche in materia finanziaria e contabile (*D. L.vo 19 novembre 1997 n° 414*)
- la gestione e lo sviluppo dei servizi informatici del Ministero dell'Economia e delle Finanze (*Decreti del Ministero del Tesoro del 22 dicembre 1997 e del 17 giugno 1998*)
- le aggiudicazioni, su delega ricevuta, delle forniture di beni e servizi per la Pubblica Amministrazione, nonché la gestione di apposite convenzioni con i fornitori per la razionalizzazione della spesa e la predisposizione in via telematica degli atti e degli strumenti contrattuali necessari
- la realizzazione e la gestione di un sistema di e-procurement per l'automazione degli acquisti della Pubblica Amministrazione (*Decreti del Ministero del Tesoro del 24 febbraio 2000 e del 2 maggio 2001*)

E. LA SOCIETA' PROPONENTE O LE CONTROLLATE SVOLGONO ATTIVITA' ALL'ESTERO?

DOES THE COMPANY - OR ITS SUBSIDIARIES OPERATE ABROAD?

☐

SI

X NO

SE SI', SPECIFICARE IL TIPO DI ATTIVITA' E GLI STATI

IF YES, SPECIFY ACTIVITY AND COUNTRIES:

IN PARTICOLARE ESISTONO SOCIETA' CONTROLLATE NEI SEGUENTI PAESI (NEI QUALI SARA' NECESSARIO EMETTERE POLIZZE LOCALI)

- BRASILE
- INDIA
- CINA
- RUSSIA
- GIAPPONE

F. LA SOCIETA' PROPONENTE O SUA CONTROLLATA E' QUOTATA IN BORSA?

IS THE COMPANY - OR A SUBSIDIARY - LISTED ON A STOCK EXCHANGE?

SI

NO **X**

SE SI', DOVE E DA QUANDO?

IF YES, WHERE AND SINCE WHEN?

G. LA SOCIETA' PROPONENTE O UNA SUA CONTROLLATA HA EMESSO OBBLIGAZIONI?

HAS THE COMPANY - OR ANY OF ITS SUBSIDIARY - ISSUED BONDS?

☐ SI NO X

SE SI', FORNIRE L'IMPORTO, LA SCADENZA, LE MODALITA' DI RIMBORSO, IL TASSO ANNUO E UN EVENTUALE RATING

IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS ABOUT AMOUNT, EXPIRING DATE, METHOD OF REIMBURSEMENT, ANNUAL RATE AND RATING.

H. LA SOCIETA' PROPONENTE O UNA SUA CONTROLLATA DISPONE DI FONDI DI INVESTIMENTO ESTERI O HA COSTITUITO SOCIETA' OFF SHORE O HA COSTITUITO SPVs/SPEs?

DOES THE COMPANY - OR ANY OF ITS SUBSIDIARY - HAVE FOREIGN ACCOUNTS, OFF SHORE COMPANIES, OR SPVs/SPEs?

☐ SI NO X

SE SI', FORNIRE DETTAGLI

IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS

I. LA SOCIETA' PROPONENTE FA PARTE DI UN GRUPPO?

DOES THE COMPANY FORM PART OF A GROUP OF COMPANIES?

☐ SI NO X

SE SI', INDICARE IL NOME DEL GRUPPO

IF YES, SPECIFY THE GROUP

J. LA SOCIETA' PROPONENTE CONTROLLA ALTRE SOCIETA'?

DOES THE APPLICANT CONTROL OTHER COMPANIES?

☐ SI NO X

SE SI', INDICARE IL NOME DELLE SOCIETA' CONTROLLATE E LA PERCENTUALE POSSEDUTA

IF YES, SPECIFY THE PERCENTAGE OF SHARE CAPITAL OWNED BY THE APPLICANT

K. LA SOCIETA' PROPONENTE HA ACQUISITO O ASSORBITO ALTRE SOCIETA'

NEGLI ULTIMI 2 ANNI? *HAS THE COMPANY MADE ACQUISITIONS OR MERGERS IN THE PAST 2 YEARS?*

☐ SI NO X

SONO PREVISTE OPERAZIONI DI QUESTO TIPO NEI PROSSIMI 12 MESI?
ARE THERE ANY MERGER AND ACQUISITION PLANS WITHIN THE NEXT 12 MONTHS?

☐ **SI** **NO X**

SE SI', FORNIRE DETTAGLI:
IF YES, SPECIFY

L. INDICARE SE LA PROPONENTE HA IN PREVISIONE NEI PROSSIMI 12 MESI UN AUMENTO DI CAPITALE.

HAS THE COMPANY PLANNED AN INCREASE OF SHARE CAPITAL ?

☐ **SI** **NO X**

SE SI', FORNIRE DETTAGLI
IF YES, PROVIDE DETAILS

DATI SUGLI AZIONISTI/SOCI

SHAREHOLDERS / PARTNERS INFORMATION

A. ELENCO AZIONISTI / SOCI CHE DETENGONO PIU' DEL 5% DELLE AZIONI/QUOTE INDICARE GENERALITA' E PERCENTUALI

LISTING OF SHAREHOLDERS/PARTNERS OWNING MORE THAN 5% OF THE SHARES OF THE COMPANY

NOME

NAME

Ministero dell'economia e delle finanze

PERCENTUALE

PERCENTAGE

socio unico (100%)

ALLEGARE ORGANIGRAMMA DEL GRUPPO

PLEASE ENCLOSE GROUP'S CHART

DATI SUGLI ASSICURANDI

INFORMATION ON THE PERSONS TO BE INSURED

A. LA SOCIETA' PROPONENTE / GLI ASSICURANDI HANNO STIPULATO ALTRE POLIZZE DI QUESTO TIPO?

HAS THE COMPANY HAD DIRECTORS AND OFFICERS COVERAGE?

☐ **SI** **X NO**

SE SI', SPECIFICARE COMPAGNIA, MASSIMALE E SCADENZA
IF YES, SPECIFY INSURER, LIMIT AND EXPIRY DATE

B. SONO MAI STATE ANNULLATE ALLA SOCIETA' PROPONENTE COPERTURE ASSICURATIVE PER QUESTI RISCHI?

HAS THE COMPANY EVER BEEN REFUSED, OR HAD CANCELLED, COVERAGE FOR THIS LIABILITY?

☐ SI ☒ NO

SE SI', SPECIFICARE:

IF YES, SPECIFY

C. INDICARE SE VI SONO STATI CAMBIAMENTI DEGLI AMMINISTRATORI, SINDACI O DIRIGENTI NEGLI ULTIMI 18 MESI. (In particolar modo per le figure di CEO- Direttore Generale /Amministratore Delegato e CFO- Direttore Finanziario)

PLEASE INDICATE ANY CHANGE HAS OCCURRED TO THE DIRECTORS & OFFICERS STRUCTURE IN THE LAST 18 MONTHS (especially concerning CEO and CFO positions)

Alla data di approvazione del bilancio al 31.12.2007, il precedente CdA è scaduto. L'assemblea del 12 giugno 2008 ha nominato il nuovo Consiglio di Amministrazione, individuando quale Presidente il dott. Giovanni Catanzaro (già Consigliere nel precedente CdA) e Consiglieri il dott. Danilo Oreste Broggi (già Consigliere nel precedente CdA), il dott. Domenico Casalino (già Consigliere nel precedente CdA), il dott. Giuseppe Forese (già Consigliere nel precedente CdA), il dott. Francesco Castanò. Il CdA ha poi nominato quale amministratore delegato il dott. Danilo Oreste Broggi (già amministratore delegato nel precedente CdA). A seguito di una riorganizzazione aziendale risalente al 18 luglio 2008 è stata soppressa la Direzione Amministrazione e Finanza: la responsabilità dell'Area Contabilità generale e bilancio è stata attribuita al rag. Celano, al fine di assicurare quella presenza e continuità necessarie al Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili societari per il corretto espletamento delle proprie funzioni, in quanto organo di controllo e di presidio a garanzia del Consiglio.

INSERIRE EVENTUALI ULTERIORI CAMBIAMENTI

D. LA PROPONENTE, UNA DELLE SUE CONTROLLATE E/O UNO O PIU' DEGLI AMMINISTRATORI, SINDACI O DIRETTORI GENERALI, SONO A CONOSCENZA DI FATTI PRESENTI O PASSATI CHE POTREBBERO ESSERE FONTE DELLA RESPONSABILITA' GARANTITA DALLA COPERTURA RICHIESTA?

IS THE APPLICANT, ANY SUBSIDIARIES, AND/OR ANY DIRECTOR OR OFFICER AWARE OF ANY CIRCUMSTANCE WHICH MAY GIVE RISE TO CLAIMS?

☐ SI NO ☒

SE SI', SPECIFICARE

IF YES, SPECIFY

E. SONO MAI STATE AVANZATE RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEI CONFRONTI DELLA PROPONENTE, UNA DELLE SUE CONTROLLATE E/O UNO O PIU' AMMINISTRATORI, SINDACI, DIRIGENTI O DIRETTORI GENERALI DELLE STESSE?

HAVE ANY CLAIMS BEEN MADE AGAINST THE APPLICANT, OR ITS SUBSIDIARY OR ANY NATURAL PERSON WHO IS OR HAS BEEN A DIRECTOR, OFFICER STATUTORY AUDITOR OF THE COMPANY OR ANY SUBSIDIARY?

☐ SI NO ☒

SE SI', FORNIRE DETTAGLI
IF YES, PROVIDE DETAILS

F. INDICARE SE ESISTONO VINCOLI DI PARENTELA FRA GLI ASSICURANDI (GENERALITA' E CARICA)

WHICH OF THE PERSONS TO BE INSURED ARE MEMBERS OF THE SAME FAMILY?

G. INDICARE SE TRA GLI ASSICURANDI VI SONO ANCHE AZIONISTI/SOCI DELLA SOCIETA' PROPONENTE O DI UNA CONTROLLATA

LIST DIRECTORS OR OFFICERS WHO ARE ALSO SHAREHOLDERS /PARTNERS OF THE COMPANY OR OF A SUBSIDIARY

COPERTURA USA/CANADA
USA/CANADA COVERAGE

A. LA SOCIETA' PROPONENTE O LE CONTROLLATE SVOLGONO ATTIVITA' IN USA O CANADA?

DO THE COMPANY - OR ITS SUBSIDIARIES- OPERATE IN USA OR CANADA?

☐ SI ☒ NO

SE SI', SPECIFICARE LA PERCENTUALE DI FATTURATO RISPETTO AL TOTALE ED IL NUMERO DEI DIPENDENTI IN USA/CANADA

IF YES, SPECIFY THE PERCENTAGE OF TOTAL TURNOVER AND THE NUMBER OF EMPLOYEES IN USA/CANADA

B. LE RISPOSTE 1, 2 E 3 SONO DA COMPLETARE SOLAMENTE SE LA COPERTURA DEVE ESSERE ESTESA AGLI STATI UNITI / CANADA

QUESTIONS 1, 2 AND 3 ARE TO BE COMPLETED ONLY IF COVER IS REQUIRED FOR CLAIMS MADE IN THE UNITED STATES OF AMERICA OR CANADA

1) INDICARE IL TOTALE ATTIVO DI STATO PATRIMONIALE (TOTAL ASSETS) DELLA/E SOCIETA' IN USA/CANADA

INDICATE THE TOTAL ASSETS FIGURE OF THE COMPANY/IES IN USA/CANADA

USD _____

2) FARE UN ELENCO DELLE SOCIETA' CONTROLLATE IN USA/CANADA INDICANDO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ED IL SOCIO DI MINORANZA

LIST THOSE SUBSIDIARIES IN USA/CANADA WITH THE COMPANY'S PERCENTAGE INTEREST IN EACH AND SHOW THE OWNER OF THE MINORITY INTEREST

3) LA SOCIETÀ PROPONENTE O LE CONTROLLATE HANNO EMESSO AZIONI, QUOTE OD OBBLIGAZIONI IN USA/CANADA?

DO ANY OF THE COMPANY OR ITS SUBSIDIARIES HAVE ANY STOCK, SHARES OR DEBENTURES IN NORTH AMERICA?

☐ SI ☒ NO

SE "SI" RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE:

IF "YES" PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING QUESTION:

(I) L'EMISSIONE È SOGGETTA A "SECURITIES ACT" DEL 1933 E "THE SECURITIES EXCHANGE ACT" DEL 1934 E/O ALTRI EMENDAMENTI?

WAS THE OFFER SUBJECT TO THE UNITED STATES SECURITIES ACT OF 1933 AND/OR THE SECURITIES EXCHANGE ACT OF 1934 AND/OR ANY AMENDMENTS THERETO?

☐ SI ☐ NO

SE "SI", ALLEGARE COPIA DEL PIÙ RECENTE "FILE SEC 20F" O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE RICHIESTA DALL'AUTORITÀ DI VIGILANZA USA

IF YES, ATTACH COPY OF THE LATEST SEC 20F FILING OR ANY OTHER FILING MADE TO A USA REGULATOR

(ii) SE LA SOCIETÀ PROPONENTE O LE CONTROLLATE HANNO EMESSO AZIONI, QUOTE OD OBBLIGAZIONI IN USA/CANADA IN FORMA DI ADRs PRECISARE:

IF ANY STOCKS OR SHARES ARE TRADED IN THE FORM OF ADR'S, PLEASE ADVISE:

(A) SE I TITOLI SONO SPONSORIZZATI O MENO

WHETHER THEY ARE SPONSORED OR UN-SPONSORED

(B) LA PERCENTUALE DI ADRs SULLA CAPITALIZZAZIONE TOTALE DELLA PROPONENTE O DELLA CONTROLLATA

THE PERCENTAGE OF ADRs ON TOTAL MARKET CAPITALISATION OF THE COMPANY OR SUBSIDIARY

COPERTURA RICHIESTA COVERAGE REQUIRED

A. MASSIMALI RICHIESTI PER SINISTRO E PERIODO:

LIMITS OF INSURANCE REQUIRED PER LOSS AND PER PERIOD

EURO	2.500.000,00
EURO	5.000.000,00

EURO 7.500.000,00
ALTRE : Cfr. CAPITOLATO

B. RETROATTIVITA'
RETROACTIVE DATE

Cfr CAPITOLATO

ALLEGATI AL QUESTIONARIO
ATTACHMENTS TO THE QUESTIONNAIRE

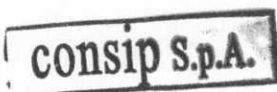
A. SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DELL'ULTIMO BILANCIO REDATTO
PLEASE ATTACH A COPY OF MOST RECENT BALANCE SHEET

La persona autorizzata a sottoscrivere il presente questionario dichiara, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c., che, per quanto in sua conoscenza in relazione alle funzioni espletate, le affermazioni precedentemente riportate sono veritiere e che qualora insorgano modifiche tra la data di firma del presente e la data di entrata in vigore della copertura, egli darà immediata notifica di tali modifiche, e la società assicuratrice potrà ritirare oppure modificare la propria proposta e/o conferma di copertura.

Il presente questionario ed ogni suo allegato possono essere parti integranti della polizza.

LA PROPONENTE

TIMBRO



FIRMA

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' followed by a vertical line and a horizontal crossbar.

Indicare nome e titolo della persona autorizzata a sottoscrivere in nome della Società Proponente. (Name and job title of the person authorized to sign on behalf of the Company)

DATA 07 AGO. 2009