



## AUTORISATION ACCORDÉE À FINNAIR POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES SENSIBLES

---

En soumettant le présent formulaire avec la ou les annexe(s) jointe(s), vous autorisez Finnair à traiter vos données médicales afin de gérer et exécuter votre demande de service. Cette autorisation s'applique également à nos partenaires, si besoin.

Pour en savoir plus sur notre Politique de confidentialité, rendez-vous sur <https://www.finnair.com/privacy-policy/>

**NOM**

**DATE ET LIEU**

**SIGNATURE**