

86-4

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) (b)(6)-4		GRADE Grade		BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation SP6 Detachment		NATION (If U.S. United States) Pays IRAQ		DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe ☒ MALE Masculin ☐ FEMALE Féminin
RACE Race CAUCASOID Caucasoïde		MARITAL STATUS Etat Civil SINGLE Célibataire		RELIGION Confession PROTESTANT Protestant CATHOLIC Catholique JEWISH Juif	
NEGROID Négroïde		DIVORCED Divorcé		OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	
OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		WIDOWED Veuf		SEPARATED Séparé	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent			RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décès avec le défunt		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)			CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale					
CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)					INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'apparition et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort					Cardiac Arrest
MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire					60 min
UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire					
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives					
MODE OF DEATH Cause du décès		AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée ☐ YES Oui ☐ NO Non		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures	
NATURAL Mort naturelle		MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie		Sudden Cardiac Arrest	
ACCIDENT Mort accidentelle		NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste			
SUICIDE Suicide		SIGNATURE Signature		DATE Date	
HOMICIDE Homicide		DATE Date		AVIATION ACCIDENT Accident d'Avion ☐ YES Oui ☒ NO Non	
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)		PLACE OF DEATH Lieu du décès (b)(3)-1 6-7-4 CSH		MOSUL, IRAQ	
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.					
NAME (b)(6)-2		TITLE OR DEGREE Titre ou grade MD, CAPT, MC		MOSUL, IRAQ	
GRADE Grade 13		INSTALLATION OR ADDRESS Installation (b)(3)-1 6-7-4 CSH		MOSUL, IRAQ	
DATE Date 05 APR 2004		SIGNATURE (b)(6)-2			
1. State disease, injury or complication which caused conditions contributing to the death, but not the nature of the disease, of the wound or of the condition which contributed to the death, but not the nature of the disease, of the wound or of the condition which contributed to the death. 2. Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.					

FOR OFFICIAL USE ONLY

Exhibit 2