

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms)		GRADE Grade	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale	
(b)(6)-4					
ORGANIZATION Organisation		NATION (i.e., United States) Pays	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe	
(b)(6)-4		IRAQ	UNKNOWN	☒ MALE Masculin ☐ FEMALE Féminin	
RACE Race		MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte	
CAUCASOID Caucasiqne		UNKNOWN		UNKNOWN	
☒		SINGLE Célibataire		PROTESTANT Protestant	
NEGROID Négride		DIVORCED Divorcé		CATHOLIC Catholique	
OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		MARRIED Marié		JEWISH Juif	
WIDOWED Veuf		SEPARATED Séparé		OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du décédé avec le next of kin			
UNKNOWN		UNKNOWN			
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)			
UNKNOWN		UNKNOWN			
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					SECONDS
SHOTGUN WOUND OF THE CHEST					
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort		MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause principale			
		UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause principale			
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives					
MODE OF DEATH Condition de décès		AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort survenues par des causes extérieures	
NATURAL Mort naturelle		☒ YES Oui ☐ NO Non			
ACCIDENT Mort accidentelle		MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie			
SUICIDE Suicide		(b)(6)-2		CDR, MC, USN	
☒ HOMICIDE Homicide		(b)(6)-2		DATE Date	
				30 AUG 2004	
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)		Lieu de décès		AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion	
18 AUGUST 2004		BAGHDAD, IRAQ		☐ YES Oui ☒ NO Non	
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 certifie que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.					
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin auxiliaire		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme			
(b)(6)-2		CHIEF DEPUTY MEDICAL EXAMINER			
GRADE Grade		INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse			
CDR, MC, USN		OFFICE OF THE ARMED FORCES MEDICAL EXAMINER			
DATE Date		SIGNATURE Signature			
30 AUG 2004		(b)(6)-2			
1. State disease, injury or complication which caused death. 2. State conditions contributing to the death, but not the immediate cause. 3. Precise the nature of the disease, of the wound, of the condition which contributed to the death, but not the immediate cause. 4. State the nature of the disease, of the wound, of the condition which contributed to the death, but not the immediate cause.					

DD FORM 2064 APR 77 REPLACES AF FORM 715, MAR 69, WHICH IS OBSOLETE.